

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

389

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri BOUYER

Ancien élève du Service de Santé de la Marine
Interne à l'Asile de Vaucluse

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

Réticences chez les Aliénés

Président : M. MÉNÉTRIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

389

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri BOUYER

Ancien élève du Service de Santé de la Marine
Interne à l'Asile de Vaucluse

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

Réticences chez les Aliénés



Président : M. MÉNÉTRIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique.	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

et spécialement à ma tante MADELEINE BOUYER

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE-ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST,
DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE DE BORDEAUX
DES FACULTÉS DE BORDEAUX ET DE PARIS

A MES MAITRES

DE L'ASILE DE VAUCLUSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MÉNÉTRIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

RÉTICENCES CHEZ LES ALIÉNÉS

AVANT-PROPOS

« En terminant nos études médicales, disent les classiques, jetons un regard en arrière ! » Mais les études médicales continuent sans cesse et le regard en arrière, pour quiconque aime à se souvenir, est de chaque instant. D'ailleurs, nous le verrons par la suite, il est des réticences normales. Tous les êtres chers à qui nous voulons en premier lieu dédier ce travail ne doivent donc pas chercher ici l'expression de notre reconnaissance, de notre amitié ou de notre amour. Ils comprendront sans aucun doute nos motifs de réserve.

Nous nous bornerons à remercier tous ceux qui ont contribué à nous apprendre la médecine ou qui nous ont aidé dans cette voie par leur enseignement, leurs conseils ou leurs exemples.

Merci à nos anciens maîtres de la Marine. L'épreuve

qui nous sépare d'eux n'a pas brisé nos liens avec cette promotion 1911 du Service de Santé naval à laquelle nous étions heureux d'appartenir. Par elle nous leur demeurons attaché.

Aux condisciples de l'Ecole qui n'ont point cessé durant une longue maladie de nous témoigner leur sympathie, aux camarades et aux amis dispersés dans les ports, sur les mers, dans les colonies, à la mémoire de ceux qui ont trouvé sur les champs de bataille une mort glorieuse, nous adressons spécialement ces lignes.

Merci aux maîtres des Facultés de Bordeaux et de Paris, à ceux surtout dont nous avons été l'élève dans leur service hospitalier : MM. les professeurs Auché, Pierre Marie, A. Broca, Brindeau.

Merci aux médecins-chefs de l'asile de Vaucluse. Nous avons trouvé depuis deux ans sous leur direction successive un accueil cordial et de précieuses leçons. M. le Dr Dupain est pour nous tous les jours le maître aimable, plein d'expérience, dont la fine culture classique orne agréablement le savoir. M. le Dr Blin, pendant le temps que nous avons passé dans son service, nous a fait profiter de ses conseils en même temps qu'il nous témoignait la plus bienveillante amitié. M. le Dr Juquelier, toujours disposé, malgré ses constants travaux, à diriger les jeunes, nous inculqua d'excellents principes de psychiatrie et contribua pour une bonne part à l'élaboration de ce travail.

Nous aurions garde d'oublier M. le Dr Vigouroux.

Il fut notre initiateur en médecine mentale. Il n'a pu mourir ni dans notre esprit ni dans notre cœur, étant de ceux qui laissent une empreinte ineffaçable. Nous tenions à rendre ici un respectueux hommage à la mémoire de ce vrai chef laborieux, juste, noble et d'une si exquise sensibilité.

Merci à M. le professeur Ménétrier qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Remercions enfin les amis qui nous aidèrent à rassembler les éléments nécessaires pour cette étude : M. l'abbé Quentel qui nous fournit des matériaux précieux au point de vue psychologique, et notre aimable collègue le Dr Le Maux, interne des asiles de la Seine, dont les notes cliniques si complètes nous furent d'un grand secours.

CHAPITRE PREMIER

Qu'est-ce que la réticence ?

Pour correspondre les uns avec les autres, nous ne pouvons disposer que de signes conventionnels. Le mot est toujours un symbole. Dans les sciences nommées « exactes », ce symbole n'a rien d'obscur. En disant : « circonférence » par exemple, on transmet à chacun la même conception. Il en va tout différemment pour les choses abstraites. Ainsi les phénomènes psychiques, si subtils et si complexes, tiennent moins clairement dans un vocable et ce vocable ne traduit pas d'une façon flagrante ce qu'il doit représenter. Le fond est bien intelligible mais les contours varient un peu, sans qu'on y prenne garde, suivant l'auditeur ou le lecteur. Et l'on se repasse des termes d'une élasticité commode. Ils habituent insensiblement à mal préciser la pensée, partant à penser mal et à être mal compris. Que de confusions, de discussions, de mésententes seraient évitées si l'on s'expliquait d'abord sur le sens des mots, si tout commençait par le dictionnaire !

Ouvrons Larousse : « Réticence (du latin *reticentia*) :

omission volontaire d'une chose qu'on devrait dire. » C'est peu mais c'est net et ça suffit. Pénétrés de cette définition, nous voyons vite ce qu'elle embrasse et ce qu'elle élimine. Il faut premièrement l'intention formelle du silence, intention reposant sans doute sur une idée, mais n'impliquant pas *a priori* un raisonnement logique ou même coordonné. La réticence exige l'intervention de la conscience volontaire ; celle-ci peut toutefois agir d'une façon fruste, inconstante, passagère. Par contre toutes les causes d'aboulie complète suppriment forcément la réticence. Deuxièmement : le mutisme concerne une chose qui devrait être dite et qu'on « retient ». Dans nos relations réciproques, il y a, même en dehors de toute interrogation directe, un certain degré d'échanges de paroles que l'intérêt général, l'usage, la politesse rendent obligatoire. A plus forte raison, la question posée demande une réponse. Mais, sans renoncer à l'emploi du langage, on peut fort bien omettre une révélation nécessaire. Les procédés sont nombreux : mensonges, phrases vagues, propos détournés, voire aveux explicites du silence intentionnel. On saisit déjà que « Réticence » est un mot très large, comprenant des formes variées, dans leur aspect, dans leur degré, dans leur fréquence.

La dissimulation n'est qu'une de ces formes. C'est la réticence érigée en système, en art véritable avec un but déterminé. Elle consiste non seulement à se taire volontairement mais à ne pas le laisser voir. Elle suppose un acte intellectuel complexe, logique

et prolongé. C'est donc bien à tort que l'on prendrait les deux mots pour synonymes. Toute dissimulation, même par un mensonge, est sans doute une réticence ; mais toute réticence n'est pas une dissimulation.

CHAPITRE II

Les réticences normales

La réticence, telle que nous l'avons définie, est-elle un symptôme pathologique ? Est-il aliéné en principe, celui qui se tait, élude la question ou parle d'autre chose quand nous l'interrogeons sur certains points ? Le problème posé sous cette forme est sans doute un peu schématique. Il va de soi — et nous le verrons d'ailleurs — qu'on doit distinguer. Cela dépend du contenu du silence, de sa manifestation, de son degré, en un mot de tous ses caractères. Mais d'ores et déjà nous pouvons répondre catégoriquement : Non. La réticence n'est pas un phénomène morbide. Il y a des réticences normales.

On conçoit dès lors l'absolue nécessité de les envisager dans un chapitre liminaire, d'en avoir bien à l'esprit les différentes modalités pour ne point les confondre avec celles, toutes spéciales, dont l'existence dépend d'un état psychopathique. Sans quoi nous risquerions de faire comme cet accoucheur novice qui, voyant s'écouler du méconium pendant le travail, en conclut à la souffrance d'un enfant parfaitement

indemne mais se présentant par le siège. Il faut bien connaître la nature avant de l'arbitrer.

Relisons d'abord la définition que nous avons plus haut suffisamment commentée. Il en résulte un corollaire très simple : tous les silencieux ne sont pas des réticents. Un regard jeté autour de nous peut nous en convaincre et nous en fournira plusieurs exemples.

Le langage et la pensée sont évidemment associés d'une façon très étroite. Nous dirons du bavard que les idées jaillissent chez lui avec une singulière vivacité sinon avec puissance. Généraliserons-nous la réciproque ? Feron-nous de l'abondance des paroles le critérium de l'abondance des représentations mentales ? Non. Ce serait commettre dans la plupart des cas de bien grossières erreurs. L'expression sans doute est facteur de l'impression, mais elle n'en est que facteur, non point conséquence inéluctable. Outre la volonté d'y mettre un frein, de nombreuses causes entravent d'une façon réflexe ou subconsciente son libre jeu. C'est ainsi qu'en opposition apparente avec nos données de tout à l'heure, « penser, a-t-on pu dire, c'est se retenir de parler ». Si l'on prend les choses à la lettre, il en résulte un déconcertant paradoxe et la pensée elle-même serait une réticence. Point du tout. La phrase est mauvaise et l'intention de se taire n'entre en rien dans le silence ainsi produit. Nous apprenons en physiologie qu'une excitation modérée du sympathique accélère les battements du cœur et qu'une excitation plus intense les arrête. Il en est de même ici. Une représentation

mentale très forte peut produire l'inhibition durable du langage ; cela par simple automatisme et nécessairement. Ce n'est point retenir mais se rendre impossible la parole. Voyez par exemple le joueur d'échecs ; il médite un coup ; ses traits sont contractés par l'effort de ses calculs. Vous lui demandez s'il va pleuvoir, il ne répondra pas. Direz-vous qu'il ne veut pas vous répondre ? Non. Le joueur d'échecs est inhibé, absorbé dans sa concentration intellectuelle ; peut-être n'a-t-il rien entendu de votre phrase ou bien, l'aurait-il entendue, l'ébranlement psychique fut trop faible pour l'émouvoir. Ainsi, les grands esprits toujours occupés de problèmes philosophiques, sociaux, biologiques, mathématiques auront des silences qui paraîtraient volontaires, n'était l'expression réfléchie de leur physionomie. Le penseur n'est pas un réticent. Dans le même groupe entreront sans limites essentielles ceux dont les facultés sont toujours tendues, non plus par un calcul mais par un rêve, par une représentation intérieure indépendante des contingences. Ce sont les méditatifs soit mystiques comme une sainte Thérèse, soit d'un ordre différent. Ainsi Stendhal put-il écrire : « Tout grand poète ayant une vive imagination est timide, c'est-à-dire qu'il craint les hommes pour les interruptions et les troubles qu'ils peuvent apporter à ses délicieuses rêveries. C'est pour son attention qu'il tremble. Les hommes, avec leurs intérêts grossiers, viennent le tirer des jardins d'Armide pour le pousser dans un bourbier fétide et ils ne peuvent guère le rendre

attentif à eux qu'en l'irritant ». L'auteur de *la Chartreuse de Parme* donne ici le grand mécanisme du silence des méditatifs. « C'est pour leur attention qu'ils tremblent » et en même temps il décrit clairement l'une des pathogénies de la timidité. C'en est la plus supérieure si j'ose dire, et j'y insiste, car le timide, qui parfois ne répond pas lorsqu'on l'interroge, peut être lui aussi soupçonné de réticence. Pourtant, il n'a point d'ordinaire l'intention formelle de retenir sa pensée. Soit par délicatesse ou sensibilité trop ardente, soit par un sentiment morbide d'incapacité, la parole est pour lui une véritable souffrance ; il n'y consent pas sans effort, tant le paralysent la crainte de s'exprimer mal et d'être raillé, le trouble qu'il éprouve à solliciter l'attention. Enfin des sujets normaux, ne rentrant dans aucune des classes précédentes, présentent parfois du mutisme ou du semi-mutisme habituel sans toutefois se taire par le fait d'une volonté de silence. Nous connaissons le taciturne. L'histoire nous dépeint sous cet aspect Guillaume III de Hollande, roi d'Angleterre. Certes, il est possible qu'à l'inverse de ce qui se passe chez le bavard, la déficience de l'expression traduise une particulière lenteur dans la succession des images mentales. Mais il y aurait témérité à élargir cette hypothèse. Bien souvent, par tendance congénitale ou acquise, par tempérament, l'homme restreint à l'indispensable l'utilisation du langage. Il n'éprouve ni le besoin de correspondre avec ses semblables ni le plaisir qui d'ordinaire y est attaché. Les

causes, on les trouverait sans doute : orgueil, tristesse, méfiance, sentiment d'inutilité. « *Vanitas vanitatum et omnia vanitas* » ; mais elles ne sont pas telles qu'elles arrivent à l'intention précise et quittent le domaine du subconscient.

De ce rapide aperçu des fausses réticences où nous avons rangé les silences du penseur, du méditatif, du timide et du taciturne, il ressort toutefois qu'entre leur réserve non voulue mais cependant justifiée par des motifs plus ou moins vagues, plus ou moins directs et le mutisme intentionnel du vrai réticent, la différence est dans le degré seul, non dans la nature. De fait, si le joueur d'échecs n'est pas absorbé par son calcul au point que la parole lui soit impossible, il peut fort bien entendre votre question ; mais il la juge banale, discordante avec ses préoccupations ; il présume que la réponse l'entraînerait à des propos ennuyeux et vains ; volontairement il l'élude d'une façon ou d'une autre : c'est un réticent. Si le timide, ayant trop longtemps souffert d'être en butte à l'attention d'un tiers, de devoir quitter sa chère rêverie pour satisfaire une curiosité qui le gêne, prend la résolution d'y résister et s'enferme délibérément dans la tour d'ivoire de sa vie intérieure, c'est encore un réticent. Est-ce à dire que l'un et l'autre entrent dès lors dans le champ de la psychiatrie ? Nullement. Car nous allons voir qu'il existe des causes, des formes et des manifestations volontaires de silence partiel tout à fait normales.

Nous retenons bien des paroles par honte ou par

pudeur. Il est des sujets singulièrement délicats auxquels l'interrogateur le plus autorisé ne saurait toucher sans blessure. Plus intense chez les femmes, cette réticence légitime embrasse des faits et des idées de nature fort diverse. La plupart sans doute ont trait à la vie génitale : souvenirs de voluptés vives, tendances et désirs sensuels particuliers à chacun de nous. Mais l'exclusivisme de Freud est certainement excessif et nul doute qu'il y ait autre chose dans notre jardin secret. Ce sont de doux projets dont nous retrouvons le cours au fond de nous-mêmes quand l'esprit se relâche et quand nous le laissons aller à la libre association des images, des conceptions égocentriques de l'univers, des phrases à dire, des gestes à faire en telles circonstances. Que d'aveux entendrions-nous sur ces points des plus positifs des hommes s'ils les faisaient jamais !

Bien proche de la pudeur est encore l'orgueil. Ce n'en est même parfois qu'une variété violente. Chez certains êtres plus délicats et plus susceptibles, ce sentiment devient si intense qu'ils se taisent délibérément. Ce peut être par dédain de satisfaire une curiosité malsaine.

... Pour mendier ton rire ou ta pitié grossière,
Déchire qui voudra la robe de lumière
De la pudeur divine et de la volupté !

.....
Je ne te dirai pas mon ivresse ou mon mal.

.....
Je ne livrerai pas ma vie à tes huées !... (1)

1. Leconte de Lisle (*Les Montreurs*).

Ce peut être par le sentiment très fier que toute parole est une faiblesse, un inutile appel. Qui ne connaît Vigny et sa religion du silence ?

Gémir, pleurer, prier est également lâche.
Fais énergiquement ta longue et rude tâche
Dans la voie où le sort a voulu t'appeler
Puis après, comme moi, souffre et meurs sans parler ! (1)

A l'opposé de cette réticence par orgueil, on trouve la réticence par modestie. Beaucoup d'anciens combattants, sollicités de raconter leurs exploits, se refusent. Questionnez sur leurs sorties ces vieux sauveteurs bretons à la poitrine constellée de médailles, la plupart vous répondront évasivement. La méfiance envers les autres et surtout les étrangers est aussi chez plusieurs un puissant motif de réserve. Sans aller jusqu'à la misanthropie intégrale, combien de vieilles gens ont su par expérience la méchanceté, l'envie, l'égoïsme universels ! Une interrogation indiscrete les met sur leurs gardes ; ils cachent tout ou partie d'eux-mêmes et principalement leur fortune. Enfin, pour des raisons très diverses mais qui se ramènent en définitive à l'intérêt, on peut vouloir tromper ses semblables et préférer au mensonge la dissimulation.

Nous disons dissimulation car une réticence ainsi légitimée revêt toujours cette forme. La plupart des silences volontaires que nous avons énumérés la revêtent d'ailleurs également. Au lieu d'un simple

1. Alfred de Vigny (*La Mort du Loup*).

phénomène psychologique, ils deviennent un système, un art véritable. Rigoureusement et logiquement poursuivi, ce serait la science parfaite de ne point paraître se taire et nul par conséquent n'en saurait jamais rien. Mais la volonté de l'homme a des limites et l'expression de son visage suffit parfois à le trahir. Piderit résume la physiognomonie en quelques schèmes, évidemment trop mathématiques, mais pouvant servir de base à l'interprétation. Il y a là une source de renseignements précieux, quasi-réflexes, dont on se prive trop souvent. Il ne faudrait d'ailleurs pas croire que toutes les réticences normales soient de la dissimulation. Dans plusieurs cas le sujet avoue son mutisme intentionnel dont il révèle ou non la cause :

Je ne te dirai pas mon ivresse ou mon mal !

Il lui échappe souvent des aveux partiels. Le modeste entame une anecdote et, voyant qu'elle l'entraîne à se mettre en lumière, « Glissons sur ce détail ! » fait-il, ou bien il s'arrête, gêné, confus, visiblement embarrassé. Le pudique, au milieu d'une conversation licenciense, se trouve interrogé à son tour et demande : « Parlons d'autre chose, voulez-vous ? Je n'aime guère ces propos. » Vigny lui-même, le grand réticent, croit taire sa douleur mais elle passe malgré lui dans les personnages qu'il anime. Qu'est-ce que la colère de Samson, si ce n'est la colère de Vigny, trahi par la femme et maudissant une autre à travers Dalila ? Qu'est-ce que l'isolement

de Moïse, puissant et solitaire, si ce n'est l'isolement de Vigny encore ? Car — et c'est un point aussi vrai chez les aliénés que chez les esprits normaux — l'intensité des sentiments peut être telle qu'elle viole soudain les frontières que l'homme s'était fixées, même celles d'une dissimulation véritable.

Quoi qu'il en soit de ses causes et de ses manifestations, la réticence normale reste toujours circonscrite et circonscrite à un terrain déterminé, en rapport avec le caractère du sujet dont témoignent ses réactions au cours de la vie. Avouée ou non, traduite par du semi-mutisme, des réponses à côté ou des phrases vagues, elle n'est jamais d'une discordance et d'un illogisme flagrants. Elle est plus ou moins consistante mais généralement fixe et continue. Ces caractères suffiront à la différencier de la réticence habituelle des aliénés. Encore convient-il de faire une réserve. Si le silence volontaire est particulièrement intense chez tel individu, s'il porte sur des points que la généralité n'a pas coutume de retenir, il y a là l'indice d'une constitution spéciale située à la frontière de l'aliénation. C'est un terrain de méfiance ou d'orgueil ou d'hypochondrie, tout disposé pour les psychoses ultérieures et où se développeront à la base de ces psychoses les vraies réticences anormales dont nous allons traiter.

CHAPITRE III

Réticences des Aliénés

Pour les gens qui voient ou copient en grand nombre des certificats d'aliénistes, il y aurait un petit jeu intéressant et peut-être pas tellement puéril. Ce serait de relever par ordre de fréquence les mots qui reviennent le plus souvent ; j'entends non les termes consacrés servant au diagnostic où l'interprétation médicale intervient mais les expressions symptomatiques et qui relèvent de la seule observation. On en trouverait plusieurs en bonne place. « Hallucinations » tiendrait sans doute le record. « Illusions », « tics », obsessions », « phobies », auraient ensuite des chances diverses. Ce sont là phénomènes au sujet desquels les études abondent, copieuses, judicieuses, bien ordonnées. Mais il est un nom dont la cote dépasserait à coup sûr la moyenne. Nous voulons parler du mot « Réticence ». Tantôt au singulier, tantôt au pluriel, on le rencontre fréquemment sous la plume des médecins de l'Infirmerie spéciale aussi bien que des asiles. Presque toujours sans adjectif, il reste seul entre deux points.

Au milieu des autres, ornés d'épithètes, accompagnés de compléments, il a l'air d'être gauche et nu. C'est un paria.

Il ne mérite pas son infortune. Un malheureux concours de circonstances en fut la cause. Nous tâcherons bientôt de les exposer. Mais remarquons d'abord que cette misère est bien réelle et non pas seulement évidente par l'isolement du terme dans les certificats. En 1898, M. Pasquet, traitant de la dissimulation, constatait déjà le silence apesanti autour de ce silence. Avouons que depuis lors, on s'en est un peu occupé. Le mot figure à la table des plus récents traités de psychiâtrie. La dernière édition de Régis consacre à la réticence une page entière et ce sacrifice qu'il lui fait contient en germe l'étude approfondie du syndrome. Mais vraiment une page sur douze cents, est-ce accorder à la chose la place que lui vaudrait sa fréquence et son intérêt ? M. Chaslin est plus large. En plusieurs endroits de ses précieux *Eléments de séméiologie et clinique mentales*, nous trouvons sur le sujet qui nous occupe des observations, des principes de diagnostic, des commentaires judicieux. Moins malheureux que M. Pasquet, nous ne foulerons donc pas une terre presque vierge. Assez peu explorée cependant pour que nous puissions chercher les causes de ce quasi-abandon.

Présenter un malade qui ne parle pas manque un peu de charme, il faut en convenir. On voit mal un médecin déplaçant de l'asile jusqu'à l'amphithéâtre

d'une société clinique tel aliéné dont il suppose ne devoir obtenir aucune réponse. Ce n'est point dire la tentative dénuée d'intérêt ; mais interroger vainement devant des spectateurs, répéter plusieurs fois les mêmes questions et finalement renvoyer son sujet impénétrable, cela rebute et semble presque un insuccès. On préfère les malades qui, sous la direction du médecin, exposeront leur délire à l'auditoire, permettant ensuite de commenter, de discuter et de conclure. D'autant plus que le réticent, difficilement mobilisable d'ordinaire, s'étudie beaucoup mieux par un examen prolongé, patient, quotidien, dans le milieu même où il séjourne depuis quelque temps. Son mutisme, souvent polymorphe et variable comme nous le verrons, peut disparaître ou se modifier sous l'influence de l'atmosphère spéciale d'une salle de clinique. Il y a là de quoi déconcerter le psychiatre qui aurait préparé son exposé sur des données antérieures.

Une autre cause du petit nombre des travaux concernant notre sujet, c'est la fâcheuse apparence de synonymie déjà signalée entre « réticence » et « dissimulation ». Aucune définition précise, nous l'avons dit, ne circonscrit ces deux mots. Aussi bien, ils vont de pair d'habitude, se remplaçant, s'embrouillant, se confondant. Mais les auteurs qui les emploient l'un pour l'autre sentent malgré tout leur différence et maintes fois il y paraît. Pour l'harmonie de la phrase on essaye d'interchanger ; il arrive suivant le contexte que le dommage soit imperceptible. Mais

il peut être flagrant au point de gêner l'auteur lui-même. Régis le comprend fort bien qui, après avoir parlé des réticents, écrit ces lignes : « A côté des réticents, il faut aussi songer aux dissimulés, c'est-à-dire aux malades qui, tout en répondant plus ou moins facilement, cachent soigneusement dans un but quelconque, par exemple pour obtenir une mise en liberté, leur délire. » On ne saurait mieux s'exprimer. La dissimulation, nous l'avons dit, n'est qu'une variété de la réticence. Son étude plus directement concluante au point de vue médico-légal, plus limitée et partant plus facile, devait davantage tenter les auteurs. Et de fait, à part certains passages des traités, les seuls travaux d'ensemble sur la question dont nous ayons eu connaissance se rapportent aux dissimulateurs. C'est par exemple la bonne thèse de M. Pasquet soutenue à Paris en 1898 et une monographie de MM. de Moor et Duchateau parue dans un bulletin de Belgique en 1907 et parvenant aux mêmes conclusions avec des observations différentes. Quant à la réticence elle-même, nous ne l'avons vue étudiée à part par aucun auteur. Et cependant, son champ est vaste, sa valeur symptomatique considérable. Nous y reviendrons d'ailleurs après nos observations. Disons toutefois dès maintenant qu'il est impossible de décrire certaines psychoses sans en parler largement. Mais, il faut en convenir, elle se présente sous des formes tellement polymorphes, instantanées, incertaines, variables d'aspect d'un moment à l'autre, que toute tentative pour les embrasser

dans une vue d'ensemble et pour les classer déconcerte ou déçoit. Aussi bien n'avons-nous pas la prétention d'y avoir réussi. Les limites de ce travail sont beaucoup plus modestes. Forcément incomplet, simple contribution comme il s'intitule, à l'étude de la réticence chez les aliénés, il tentera d'interpréter quelques exemples rencontrés pendant deux années de présence à l'asile de Vaucluse ou suivis rétrospectivement grâce aux notes cliniques de nos chefs de service. Mais ces exemples, comment les ordonner ?

Les auteurs que nous citons, M. Pasquet en particulier, étudient la dissimulation selon les différents états psychopathiques. Nous pourrions en agir de même avec la réticence. Mais à notre avis ce serait partir d'une idée préconçue, mettre la synthèse avant l'analyse. Nous préférons considérer tout d'abord le symptôme en lui-même sous ses aspects divers, faisant momentanément abstraction, autant du moins qu'il est raisonnable, des entités nosologiques. Alors notre classification sera basée non point sur l'arbitraire mais sur les caractères mêmes du phénomène.

Et d'abord n'oublions pas la réticence normale. Nous pouvons la rencontrer chez un aliéné comme chez un sujet sain dans le cas où l'intensité de la psychose n'aura point trop altéré le caractère antérieur. En étudiant la dissimulation, nous verrons qu'elle est souvent chez l'aliéné, une réticence normale. Quand un dégénéré à obsession sexuelle ou un pyromane dissimule par honte ses instincts morbides,

comme le constatent par exemple trois observations de MM. de Moor et Duchateau, il obéit à un sentiment naturel. C'est le contraire qui serait pathologique. Et le contraire existe en effet. Certains malades, très variables d'ailleurs, se font remarquer par le cynisme avec lequel ils dévoilent les détails les plus intimes de leur vie sexuelle, les comédies ou drames d'alcôve que l'on a coutume de taire même au médecin. Les femmes, d'habitude fort discrètes sur de tels sujets, éprouvent dans ce cas moins de gêne encore que les hommes à les développer amplement. Un pareil syndrome, coexistant parfois avec l'intégrité du sens moral, cette perte des réticences normales de pudeur valait que nous ouvrions une parenthèse et profitions de l'occasion pour la signaler. Un aliéné peut aussi cacher sa pensée par méfiance ou orgueil natif. Mais l'orgueil et la méfiance étant des éléments constitutifs de certains délires, on conçoit la difficulté qu'on éprouvera à faire le départ exact dans leur manifestation du normal et de l'anormal.

Laissons ces cas d'ordre général où le phénomène dont nous traitons ne fait point partie intégrante de la psychose et n'intéresse l'aliéniste qu'à titre de renseignement, précieux il est vrai, sur le caractère du malade. D'ordinaire, les réticences des aliénés sont pathologiques dans leur genèse, dans leur aspect, dans leurs variations.

Il faut tout d'abord établir leur existence certaine, en faire le diagnostic. Chez les sujets normaux, nous

l'avons vu, le silence n'indique pas toujours l'intention formelle et motivée de cacher sa pensée ; chez les psychopathes encore moins. En présence d'un ensemble clinique inspirant le soupçon de réticence, nous aurons donc en premier lieu à éliminer plusieurs états se traduisant par des signes approchants. Nous devons peser avec soin les arguments favorables ou défavorables, asseoir notre opinion sur des bases solides. Mais ce travail de diagnostic se présentant d'une manière différente suivant les formes du phénomène, il trouvera sa place logique dans l'étude particulière de chacune de ces formes.

Il paraît séduisant par analogie avec la psychologie normale, de classer les réticences d'après leurs causes. C'est la conception la plus philosophique et, semble-t-il, la plus rationnelle. Nous y avons tâché. Malheureusement, à part certains cas exceptionnels (par exemple une dégénérée faisant une fausse reconnaissance nous prend pour un chaisier qui lui a nui, repousse nos soins, ne veut plus rien nous dire tandis qu'elle parle volontiers au chef de service ou aux infirmières), à part ces cas, il est généralement presque impossible de savoir le pourquoi du mutisme. A tous nos réticents nous avons demandé : « Quelle raison avez-vous de vous taire ? » Les uns n'ont pas répondu ; d'autres furent évasifs ou contradictoires. Quant aux motifs avoués, les principaux paraissent être une sorte de pudeur ou de honte retenant l'aveu de phénomènes hallucinatoires dont le malade sent vaguement le caractère particulier, une inexprimable déli-

catesse l'empêchant de dévoiler sa vie intérieure si personnelle et si intense ; ou bien ce sont « les voix » qui ordonnent le mutisme ; ou encore c'est un sentiment d'orgueil, de méfiance, de dédain. Souvent enfin le réticent semble croire que le médecin connaît toutes ses affaires, que s'il l'interroge, c'est pour le railler, s'amuser à ses dépens, qu'on lui pose des questions ridicules et qu'il aurait l'air d'un insensé en y répondant. Mais ces motifs forment d'ordinaire un ensemble touffu où la plupart coexistent, l'un ou l'autre pouvant prédominer tour à tour ; tous les cas susceptibles d'être débrouillés se ressemblent d'ailleurs désespérément ; impossible d'établir une division claire sur de pareilles bases. Seule, la dissimulation est isolable mais, nous le verrons, elle se détache bien davantage si l'on classe les formes de réticences dans un tout autre esprit.

On peut les étudier d'après leur consistance. Certains malades, silencieux tout d'abord, se laisseront facilement arracher des aveux. A d'autres, il faudra pour qu'ils se livrent, un patient interrogatoire, seul à seul, dans le cabinet du médecin. D'aucuns ne parleront jamais.

La continuité des réticences pourrait également servir à les classer. Il y en a de continues. Il y en a d'intermittentes. Il y en a enfin pour lesquelles le mot « polymorphe » semble être le meilleur qualificatif. Du jour au lendemain, voire d'une heure à la suivante, elles varient d'intensité.

De pareils caractères sont loin d'être négligeables.

Sans vouloir à toute force fleurir les noms d'épithètes comme au doux temps de l'abbé Delille, nous voyons qu'il en est d'essentiellles pour la réticence dont on perdrait à la priver. On peut, on doit la dire selon les cas : consistante ou inconsistante, continue, intermittente ou polymorphe. Ajoutons qu'elle change parfois avec l'interlocuteur : infirmier, médecin, visiteur ; qu'elle est souvent bien moins marquée, même inexistante dans les écrits ; il faut s'en occuper toujours. Mais ces caractères variés, si intéressants soient-ils, demeurent malgré tout, d'un ordre accessoire. Aucune raison ne nous apparaît de choisir les uns plutôt que les autres car ils sont d'égale importance.

Le moyen le plus simple, le plus clinique, le plus commode d'étudier les formes diverses de la réticence, c'est de considérer leur étendue : et l'on saisit déjà combien le tableau doit changer selon que celle-ci est plus ou moins grande. De fait, aux deux extrêmes, le problème se pose sur des données si différentes que l'on croirait deux phénomènes distincts. D'abord la réticence peut embrasser tous les faits, toutes les pensées même d'ordre banal, le malade s'isolant délibérément du monde extérieur et refusant de répondre à quoi que ce soit. C'est la réticence généralisée. Ou bien le mutisme concernera seulement un sujet, un groupe d'idées, le plus souvent relatif aux troubles sensoriels. Par ailleurs le malade causera, répondra avec plus ou moins de peine mais quelquefois très facilement. C'est la réticence circonscrite. Il est indis-

pensable de subdiviser ces deux classes principales. Dans la première on peut trouver des aspects très différents. Ou bien l'interrogatoire n'amène aucune réponse verbale même élémentaire : réticence muette. Mais là encore il faut établir deux modes selon que le sujet demeure immobile (réticence muette adynamique) ou réagit aux questions posées par des gestes, par un jeu expressif de physionomie (réticence muette avec langage mimé). Ou bien sans toujours fournir aucun renseignement, notre malade fait des réponses vagues, indistinctes (troisième subdivision), des réponses à côté (quatrième subdivision), enfin convient explicitement qu'il refuse de parler (réticences avouées : cinquième subdivision).

Quant aux réticences circonscrites, elles peuvent revêtir mille aspects, variables à l'infini. Elles aussi sont avouées ou non. Tantôt elles embrassent un sujet restreint, souvent de peu d'importance et sont découvertes par hasard. Tantôt elles sont étendues à tout un système délirant. C'est parmi ces dernières que nous rencontrons la dissimulation, forme très particulière, nécessitant de la part du malade l'intégrité complète de raisonnement, des facultés syllogistiques comme dit M. Pasquet après Marandon de Montyel. Sa consistance, sa continuité, tous caractères bien plus importants à examiner dans la classe des réticences circonscrites, lui font une place à part au milieu de ce groupe lui-même où le polymorphisme du silence est la règle comme nous le verrons.

Et maintenant la classification adoptée éclaire sin-

gulièrement ce petit travail. Les observations dont nous disposons se rangent d'elles-mêmes dans leurs cases logiques. Toutes les formes de réticences n'y sont malheureusement pas mais nos éléments suffisent pour que nous puissions étudier tour à tour en trois chapitres distincts : la réticence généralisée, la réticence circonscrite, la dissimulation.

CHAPITRE IV

Réticence généralisée

On peut concevoir un degré de réticence absolu. Supposons un malade qui de propos délibéré se renferme dans le silence et l'immobilité. Il penserait avec le poète :

Je hais le mouvement qui déplace les lignes,

et impassible, indifférent à toute sollicitation, ne vivrait plus que d'une vie intérieure. En matière de psychose, les hypothèses les moins vraisemblables sont autorisées et cette réaction passive n'aurait en soi rien de stupéfiant, par exemple chez un persécuté à idées de grandeur. Mais pour atteindre pareil degré, le silence de la chose inerte, il faudrait, convenons-en, une puissance infinie de constance et de volonté. Un tel malade ne serait plus un homme : il serait dieu. Pratiquement donc, il n'y a pas de réticence absolue.

Mais, dans la limite des facultés humaines, on rencontre des états qui y tendent et s'en approchent. Il va sans dire que leur diagnostic est difficile. La plu-

part du temps, il reste malgré tout possible. Mais il faut avec soin analyser chaque signe tant positif que négatif afin d'éviter les erreurs.

Bref la question se pose ainsi : Un malade ne parle pas, voire ne fait aucun geste. Les moindres renseignements peuvent nous manquer. On vient par exemple de recueillir cet homme sur la voie publique. Est-ce un réticent ? Les circonstances sont défavorables à pareille hypothèse, mais encore convient-il de tout envisager.

On songera aux divers comas et l'on commencera donc par un attentif examen physique. L'inspection du crâne montrera s'il n'existe point de lésion externe éveillant l'idée d'une commotion ou d'une fracture. On sentira l'odeur de l'haleine, souvent vineuse chez l'ivrogne, rappelant la pomme de reinette chez le comateux diabétique. Les urines recueillies à la sonde, trahiront également ce dernier par la présence des corps acétoniques et du glycose, de même que l'urémique par la présence d'albumine. On interrogera les pupilles ; le myosis sera aussi en faveur de l'urémie ou de l'intoxication par l'opium. L'examen de la motilité et des réflexes dépistera une hémorragie cérébrale. Enfin la langue mordue, les vêtements souvent mouillés d'urine, la respiration stertoreuse feront reconnaître un épileptique sortant d'une crise convulsive.

Rien de tout cela ne s'observe. D'ailleurs l'aspect ressemble de très loin à celui d'un comateux. Le visage n'est point très vultueux ni très pâle ; on ne

trouve guère de résolution musculaire. Il peut s'agir d'un idiot profond mais alors les malformations, les stigmates, l'expression niaise seront généralement caractéristiques. Au dernier degré de la démence on peut aussi rencontrer le silence, voire l'immobilité ; La psychose hébéphréno-catatonique produit également ce tableau. Mais alors, ou bien les membres soulevés garderont l'attitude qu'on leur communique, ou bien il y aura résistance aux mouvements passifs, négativisme. Ce dernier cas seul permettra le doute. Cependant le négativiste réagit d'une façon automatique et l'on s'en aperçoit après un examen attentif. Sa résistance est sans cohésion et coïncide ou alterne avec une mimique discordante et même un certain degré de suggestibilité. La confusion mentale se distingue par la dépression, l'abattement spécial et quelquefois par les troubles circulatoires : refroidissement des extrémités, cyanose ; ajoutons la langue fréquemment saburrale, si l'on arrive à l'examiner. Le mélancolique stupide est pareillement dans une prostration intense sans vie apparente de la physionomie et du regard. L'aphasique bouge, essaie de parler et l'on constate souvent chez lui des signes d'hémiplégie ou de paralysie faciale. S'il s'agit d'un pithiatique, on modifiera son attitude par la suggestion douce ou violente. Signalons pour mémoire la simulation dont il faut toujours se méfier. Enfin chez un persécuté par exemple, l'intensité des hallucinations pourrait être telle que le malade sous leur empire demeurât inconscient des contingences. Le fait à coup sûr n'est

rien moins que prouvé. En tous cas, le tableau serait révélateur grâce à l'aspect fixe et saisissant du sujet qui « écoute ».

Malgré ces signes différentiels, l'embarras, avouons-le, reste parfois profond. Si les conditions étaient celles que nous avons posées : individu muet, immobile, ramassé sur la voie publique, un seul élément nous révélerait la réticence : la physionomie. Son importance est capitale. Notre âme, en effet, n'a point le pouvoir, quelque effort que nous fassions, pour s'isoler de nos sens durant la vie consciente. Elle en reçoit toujours une impression ; elle leur transmet toujours une expression. Pour nous autres, hommes, l'impassibilité du grand sphinx n'est qu'une prestigieuse chimère. Et le réticent le plus parfait se reconnaît à son visage. Le plus souvent contracté, hostile, il se renfrogne, détourne les yeux ou bien, comme le dit Régis, il les ouvre tout grands vers le médecin, attachant sur lui un regard fixe, plein d'arrogance, de défi et d'indicible orgueil.

Mais, empressons-nous de le dire, il est exceptionnel que les bases du diagnostic soient aussi réduites. La réticence généralisée est très rarement initiale. A l'ordinaire, le malade a d'abord parlé plus ou moins, révélé le fond de son délire, fait soupçonner ses hallucinations, sa mentalité ou bien s'est trahi par des réactions. L'entourage fournit en outre quelques renseignements. Bref, restreints peut-être mais encore précieux, nous avons les anamnétiques. Et c'est eux qui d'habitude permettront le plus sûre-

ment d'éliminer les divers états approchants et d'attribuer le mutisme à la réticence.

Voici un cas où le phénomène atteint pour ainsi dire son maximum d'intensité. L'histoire est à peine connue, obscure et imprécise. Point d'amis ni de parents qui la viennent éclairer. Nous allons voir que le tableau est déjà malgré tout bien caractéristique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. R... est un Roumain de vingt-neuf ans, né à Pzaorfen. Il entre à l'asile de Vaucluse le 4 février 1920. On l'avait arrêté quelques jours plus tôt puisqu'il venait de détruire les vitres d'une boutique. Mais, ses réactions semblèrent anormales et M. le Dr Rogues de Fursac fut commis à l'examen du prévenu.

« Celui-ci, écrit-il, présente des idées de persécution avec des interprétations délirantes. Poursuivi par une bande d'espions dont M. Clemenceau est le chef. Réactions destructives (bris de glaces) pour attirer l'attention sur sa personne. Appoint alcoolique. Il est irresponsable de ses actes. Il est nécessaire de l'interner dans un asile d'aliénés. »

M. R... est donc envoyé à l'asile clinique où il ne passe que quelques jours, assez longtemps cependant pour que son délire ait pu se manifester, puisque M. le Dr Briand porte le diagnostic suivant :

« Débilité mentale avec illusions, interprétations fausses et idées très actives de persécution. Chronicité. »

Remarquons ces mots : idées de persécution *très actives*. Il faut croire qu'il ne s'agissait pas alors de simples présomptions et, comme on ne signale point la réticence, M. R... a

dû tout d'abord répondre aux questions sans difficulté. Ces considérations rétrospectives auront leur importance pour apprécier l'état actuel de notre malade.

A son arrivée, il s'exprime assez volontiers, parle un français incorrect mais se fait comprendre très suffisamment. Son orientation est exacte. On lui demande la date ; il répond : janvier 1920. « Etes-vous sûr que nous soyons au mois de janvier ? » interroge le médecin. Et M. R... ayant réfléchi, se reprend et précise sans erreur : 4 février 1920. Il se rend compte qu'il est dans une salle d'hôpital mais ignore quel genre de maladie on y soigne. Tout cela peut indiquer une intelligence plus ou moins obtuse ou un léger ralentissement des perceptions mais rien n'autorise à supposer une inhibition profonde, pas plus que la confusion ou la démence.

« J'ai entré à la prison de la Santé, continue M. R..., c'était le 15, le 15 janvier. J'avais été arrêté le 13 janvier parce que j'avais été 2, rue de la Banque, à la Consulate de Roumanie. Je voulais parler avec le consulate parce qu'il s'était passé avec moi le 23 octobre. C'était à 11 heures. Sont venus deux hommes belges, pour me tuer. C'était à Over-sur-Oise dans un hôtel. Je savais qu'ils me considéraient comme un espion. » Le malade confesse des illusions de l'ouïe et des interprétations délirantes. Il entend prononcer le mot « espion » quand on cause près de lui. On a l'air de le remarquer, on le regarde fixement. Un jour il entend dire (et cela est fort possible) « Il est disparu », une autre fois « Si celui-là, il ne sait pas » et M. R... en conclut toujours qu'il est pris pour un espion. Ses persécutions datent de 1915. En fait il est réellement allé deux jours de suite le 12 et le 13 janvier derniers au Consulat de Roumanie.

Il appert que nous sommes en présence d'un délire de persécution, évoluant peut-être sur un terrain de débilité ou de dégénérescence. Les souvenirs sont nets, les dates précises, remarquons-le bien. Dans son pays M. R... n'a jamais été interné mais nous n'avons aucun renseignement relatif à son passé et à son ascendance. L'examen somatique demeure négatif. Les réflexes tendineux sont vifs. On ne trouve pas de trouble circulatoire apparent.

Les jours qui suivent son entrée, M. R... répond moins facilement aux questions qu'on lui pose. Il s'irrite. Cette irritation devient plus intense à chaque interrogatoire et, d'une façon rapide sans doute mais néanmoins graduelle, le malade en arrive à refuser de parler. Un jour il dit cependant : « Je ne m'appelle pas R... ; je ne m'appelle que Jean ; je n'ai pas de nom. » Et lorsqu'on lui demande comment une chose pareille peut s'expliquer « Je ne parlerai pas. Laissez-moi tranquille. Je n'ai rien à vous dire. » En outre, il s'alimente difficilement.

Bref au moment de la quinzaine, l'état du malade est tel que M. le D^r Juquier rédige le certificat suivant « Est atteint de délire de persécution. Hallucinations probables. Etat actuel de mutisme complet avec refus partiel d'aliments ».

M. Juquier nous ayant signalé R... comme présumé réticent, nous l'examinons le 12 avril 1920. C'est la « présentation sous couverture », encore un syndrome intéressant et dont l'étude approfondie pourrait être utile. Nous ne la croyons point pathognomonique du délire de persécution avec réticence générale, encore qu'elle puisse en être considérée comme un signe appréciable. Nous l'avons vue chez des confus, chez des déments précoces voire chez de simples

débiles ; mais elle revêt certainement des aspects divers. Toujours est-il que dans le cas de M. R... la couverture écartée malgré la résistance, nous découvrons un visage renfrogné aux traits contractés et d'expression nettement hostile. Le malade ne regarde pas, ne lève pas les yeux, fait semblant de dormir. Toutes les questions que nous lui posons relatives au lieu, au temps, à des faits d'ordre général ou concernant la partie connue de son délire demeurent sans réponse. Et non seulement sans réponse mais sans une modification dans la mimique qu'on puisse interpréter de quelque manière. Si pourtant ; à mesure que nous lui parlons, son hostilité s'accuse davantage, ses sourcils se froncent plus énergiquement. M. R... résiste avec force aux mouvements passifs, n'obéit pas aux commandements les plus simples comme celui de tirer la langue. A la fin, violemment sollicité, il s'assoit sur son lit, en continuant toutefois de fuir notre regard. C'est le seul geste que nous puissions obtenir.

Voilà une observation qui paraîtra toute négative. Nous n'en jugeons pas de la sorte et malgré la pauvreté des anamnétiques, le manque de détails, le silence aujourd'hui absolu, à cause de cela plutôt, elle constitue un type clinique d'un vif intérêt. Diagnostic difficile sans doute mais non pas impossible, au moins jusqu'à la forte présomption. Car, en y regardant d'un peu près, il y a dans cette histoire, dans cet aspect, dans ce mutisme, un faisceau de faits significatifs : résumons-les. Durant une première période : orientation nette, mémoire conservée, exposé succinct mais clair des idées délirantes. Dans une deuxième période : irritation progressive, réticence circonscrite mais rapidement croissante, refus partiel d'aliments. Enfin, dernière période : présentation sous couverture, résistance aux mouvements, hostilité

s'accentuant quand on poursuit l'examen. Est-ce un confus ? M. R... n'en a ni l'apparence ni l'histoire ; on ne lui trouve aucun trouble somatique digestif, cardiaque ou vaso-moteur. Mais a-t-il du négativisme ? Un négativisme qui s'est établi presque sous nos yeux et dont nous avons pu suivre pour ainsi dire la genèse, qui se manifeste alors que le délire date au moins de quatre ans, juste après l'entrée à l'asile et les interrogatoires ? Il faudrait être bien kraepelinien pour oser faire de ce malade un hébéphréno-catatono-paranoïaque. Et ce serait un peu compliqué. Nous croyons pouvoir repousser le diagnostic de démence précoce après celui de confusion mentale ; celui de mélancolie stupide à cause de l'anamnèse, de l'expression non abattue et conclure à de la réticence généralisée muette et adynamique chez un persécuté. M. R... ne recevant ni lettres ni visites, les renseignements sur son passé et sur son histoire sont trop vagues pour que nous sachions préciser davantage s'il s'agit d'un délire chronique de Magnan ou d'une psychose de dégénéré.

Une autre observation où l'anamnèse est plus riche, le tableau plus pittoresque, nous montrera un aspect moins parfait mais différent du phénomène dont nous traitons. Il se manifeste ici d'une manière saisissante et très particulière.

OBSERVATION II

Le 8 octobre 1915, Mlle M... Jeanne, institutrice, âgée de trente-six ans, entre à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le Dr Dupain. Elle a été arrêtée au Commissariat où elle venait porter plainte contre ses persécuteurs.

Le certificat détaillé rédigé au dépôt de la Préfecture de Police par M. le professeur Dupré nous renseigne sur son délire qui paraît complexe et déjà ancien :

« Psychose interprétative chronique avec idées de persécution. La malade, *après trois jours de dissimulation et de réticences*, s'est décidée à raconter qu'il y a quatre ans, aux Etats-Unis où elle était gouvernante dans une famille, elle avait noué des relations avec un américain qui l'a quittée quelque temps après. Pour se venger, elle est allée dire à un avocat qu'elle a été violée par ce monsieur et l'a diffamé. Celui-ci lui a donné de l'argent contre la remise de ses lettres. Depuis, la malade se déclare en butte aux médisances, aux révélations calomnieuses de son ancien amant auprès des familles où elle était placée. Des détectives la suivent d'hôtel en hôtel et lui rendent le travail impossible en la perdant de réputation. Elle a quitté l'Amérique il y a deux mois. Les persécutions ont continué sur le bateau, dans le train et enfin à Paris. Démarche au commissaire de son quartier pour faire cesser ces manœuvres. Excitation et anxiété par intervalles. Dans un de ces accès scène de tapage et de scandale chez sa mère. Bris de vitres et tentatives de défenestration. Probabilité d'hallucinations auditives épiso-

diques. Silence. Grimaces. Bizarreries d'attitudes et de gestes. *Réticences*. Refus intermittent d'aliments. »

Ce long certificat mérite que nous nous y attardions un peu. Et tout d'abord, il donne l'impression d'une psychose touffue, mal délimitée où les réactions des hallucinés, des interprétants, des mélancoliques alternent et coexistent, d'une psychose complexe de dégénéré. Plaintes et scènes de scandale d'une part, tentatives de suicide et refus d'aliments d'autre part. Mais il ressort nettement de cette lecture que les idées de persécution, bien systématisées d'ailleurs, prédominent dans le délire. Et remarquons déjà la tendance manifestée par la malade à ne les point révéler. Dès ses premiers interrogatoires, aliénée encore « fraîche », dans cette période généralement la plus propice aux aveux, elle se renferme dans un silence presque absolu. « Trois jours de dissimulation et de réticences » écrit M. le professeur Dupré. Pourquoi les deux mots ? S'il les avait sentis parfaitement synonymes, il n'en aurait mis qu'un seul. Profitons de l'occasion pour faire remarquer à nouveau combien il importe que le sens de chacun d'eux soit bien précisé et limité pour tous.

Faute d'en avoir une définition non contestée, universellement admise, nous risquons de ne point nous entendre, de comprendre mal sous quelle forme particulière se manifesta en premier lieu le mutisme de notre malade. Quoiqu'il en soit, notons avec soin dès maintenant ce symptôme assez rare de « réticence initiale ». Il peut avoir son importance. Qu'il constitue un indice de la chronicité, de l'ancienneté du délire, nos observations sont trop restreintes pour que nous osions le prétendre. Mais une manifestation spéciale, c'est

indéniable et cela suffit pour qu'un clinicien n'ait pas le droit de la négliger.

Mlle M .. fait un court passage à l'Asile Clinique où M. le Dr Briand pose le diagnostic de « dégénérescence mentale avec illusions, hallucinations, interprétations fausses et idées de persécution. »

A son arrivée, elle répond sans difficulté au questionnaire imprimé que M. le Dr Dupain demande à chaque entrante de remplir ; elle écrit son nom, son pays, son état civil, son adresse, sa profession de gouvernante, elle se révèle très bien orientée, sachant être à l'Asile depuis la veille et baptise l'établissement « Maison de santé », ce qui n'a rien d'anormal. « Pourquoi êtes-vous ici ? » interroge la feuille et Mlle M... trace en regard ces lignes de femme instruite et documentée : « J'ai eu une crise de folie et ensuite des hallucinations, des maux de tête violents ». — « Croyez-vous être malade ? » — « J'ai toujours des maux de tête mais plus espacés. Par moments mes idées me semblent embrouillées. Autrement je me sens guérie ».

C'est ce qu'elle répète verbalement aux premiers examens où elle se présente avec les tendances mélancoliques déjà notées par M. le professeur Dupré.

« J'ai eu un accès de folie il y a quelques jours, dit-elle. « J'habitais n°... , rue D... Je soignais ma mère en attendant « d'avoir du travail. J'ai quitté l'Alsace toute petite. Je suis « arrivée d'Amérique au mois d'août dernier sur le Rocham-
« beau. Il y avait des détectives qui me surveillaient. A « Paris je me suis sentie surveillée, dans le train aussi. Tout « le monde était au courant, j'ai eu une attaque terrible ; je

« ne pouvais pas trouver de travail. J'ai été me plaindre au
« commissaire. »

Pendant de longs mois, notre malade garde cet aspect clinique de mélancolique persécutée. Elle a des hallucinations auditives auxquelles elle réagit par les moyens de défense usuels, se bouchant les oreilles avec du coton ou avec le doigt ; elle présente par intervalles des crises d'excitation contre ses ennemis imaginaires. Elle reçoit assez souvent des visites, en particulier celle de sa belle-sœur. Avec elle, comme avec le médecin et les infirmières, Mlle M... est de caractère inégal, mais le plus souvent triste et déprimée.

Elle est entrée dans une période de réticence circonscrite d'intensité plus ou moins grande selon son humeur et qui embrasse le fond du délire.

La belle-sœur fournit quelques renseignements intéressants. Notre malade fut une enfant gâtée et toujours nerveuse, romanesque, un peu orgueilleuse. Rien à noter de saillant quant aux antécédents héréditaires et personnels. On ne trouve pas de psychopathie chez les ascendants. La mère est très souffrante d'une affection cardiaque avec albuminurie. Mlle M... n'avait rien d'anormal quand elle partit pour la seconde fois, comme gouvernante, en Amérique en 1911. C'est là qu'elle connut un jeune homme assez haut placé qui l'aurait séduite, puis abandonnée. A son retour, en 1913, elle présente des idées de persécution, s' imagine constamment être espionnée, bouche sa cheminée pour ce motif, veut s'enfuir dans le Midi. Depuis lors, son délire n'a fait que s'accroître.

Telle est, brièvement exposée, l'attitude de Mlle M... jusqu'en février 1915. A cette date la dépression mélancolique

devient plus intense, la malade refuse toute nourriture et pendant plusieurs jours on doit l'alimenter à la sonde. Elle accepte bientôt du lait mais irrégulièrement et commence à s'amaigrir. En 1917 elle s'est émaciée d'une façon notable, ses hallucinations persistent : hallucinations auditives avec mêmes réactions qu'à son entrée ; hallucinations olfactives que révèle une inscription épinglée un jour à la tête de son lit : « Il y a des odeurs fétides. » Mais lentement, graduellement, sa réticence s'accroît ; de circonscrite et variable, elle tend à devenir généralisée et constante.

Elle augmentera encore lorsqu'en automne de la même année Mlle M... passe dans le service de M. Vigouroux qui reçoit, faute d'hommes, une partie des femmes du service de M. Dupain. C'est là que nous l'avons vue chaque jour depuis avril 1918.

Son attitude et sa physionomie sont absolument caractéristiques. Très maigre, d'une maigreur diaphane et qu'on dirait ascétique, la malade demeure au lit, écrivant du matin au soir sur l'appui des genoux relevés. Elle affecte une expression de souverain dédain. Elle ne parle à personne, pas plus aux infirmières qu'au médecin ; toutes questions restent sans réponse. A diverses reprises, elle refuse de suivre M. Vigouroux dans son cabinet pour un examen approfondi. Chaque jour, le surveillant-chef lui remet le journal auquel elle est abonnée ; elle le prend d'un geste brusque et sans jamais remercier. Quand la visite passe, elle se bouche les oreilles avec les doigts et regarde ailleurs ; tantôt elle tient son porte-plume entre ses dents serrées, tantôt elle sifflotte sur un rythme indicible, à la fois provoquant et détaché. Il arrive qu'elle chante devant nous mais le

ton et les paroles suffisent pour que nous sentions là une insulte indirecte à notre égard. Avec ses pommettes saillantes, son nez aminci, son masque ostentatoire, elle présente un aspect étrange et que j'oserais dire inoubliable : faute d'un éclairage propice on ne put malheureusement la photographier comme M. Vigouroux en avait le désir. La réticence de Mlle M... est absolue mais le moindre physionomiste lirait sur ce visage les idées de grandeur dont elle ne s'ouvrit jamais.

« Seigneur ! vous m'avez fait puissant et solitaire. »

Malgré l'intensité de l'expression, on pourrait s'y tromper. Elle demeure si fixe depuis des mois, si automatiquement dédaigneuse à l'heure de la visite que, devant le mutisme complet, l'ancienneté de la psychose, l'évolution lente vers la monotonie avec disparition des crises d'agitation, des réactions de défense contre les hallucinations auditives, un doute serait permis. Ne s'agit-il pas de mimique stéréotypée, seul reliquat du délire, derrière lequel l'être intellectuel et affectif serait désagrégé par la démence ? Mais non. Car — et c'est la principale étrangeté de cet état mental — Mlle M... silencieuse pour tous à l'Asile, écrit parfaitement. Jamais au médecin, par exemple, non plus qu'aux infirmières ; ce sont des ennemis qu'elle dédaigne et qu'elle ignore, mais à ses amis, à ses parents ; son frère, lieutenant au 1^{er} génie se fait remarquer sur le front par sa belle conduite. Mlle M... en est très fière. Sa correspondance quotidienne le révèle ; abondante, prolixe, fort correcte, empreinte d'un patriotisme ardent, elle exprime d'ordinaire des idées hautes sans aucune trace de délire. Elle écrit à une amie qui

souffre pour la réconforter, lui donner de bons conseils. Un témoin non prévenu, en lisant une de ses lettres croirait notre malade absolument saine d'esprit. Mais tout n'est pas à l'avenant. Certains manuscrits de Mlle M..., moins bien rédigés le plus souvent et parfois au crayon, sont révélateurs du délire intense qui persiste.

En voici un spécimen au début presque normal, sauf le maniérisme, et qui est encore une lettre à son frère.

« MON CHER GEORGES,

« Excuse mon manque de tact pour une remarque si
« gauche : La mère serait peut-être morte de joie à la nou-
« velle de ta promotion ».

« La mère n'est pas morte, au contraire, à la nouvelle de
« ton premier grade et ça n'a pu que la fortifier. C'est la
« vanité de deux détectives d'Amérique (et leur cupidité) qui
« ont tout fait, soutenus par le commissaire de notre quar-
« tier. »

Entrée subitement dans ce sujet brûlant, notre malade ne connaît plus alors de mesure, ni de bornes :

« Ch. Humbert est inculpé dans les scandales du jour
« (Mlle M..., lit son journal régulièrement avec un visible
« intérêt). Et moi qui ne le connais pas autrement que parce
« qu'il réclame à cors et à cris « des canons ! des munitions ! »
« sénateur, etc., et que je peux prouver mon innocence abso-
« lue sur tous les points et pensais que ces beaux messieurs
« là étaient parfaits. Et parce que j'ai compris *ici* (c'est
« Mlle M... qui souligne) que tous les grands personnages
« la connaissait ». Je pense prouver mon innocence au *Matin*
« ou à Maurice Barrès. Dis cela à tante Lucie ».

Et ailleurs :

« Demande l'autorisation de faire une promenade de deux
« heures dans le parc. Il y a un parc ici « on lui prendra ses
« chaussures si elle demande ça, et elle ne pourra pas en par-
« ler ». On me serre le cerveau chaque fois que je veux par-
« ler de certain sujet ; ils voient les pensées, c'est pas
« malin... « On agit sur moi à distance. » Reste à savoir à
« quelle distance on peut agir. C'est une ville de voyants ici ;
« ça appartient à la ville, à la police... »

« Tu verras quelle est mon attitude et si on peut agir de
« loin ou si je reste longtemps endormie. « On lui en mettra
« un coup avant d'y aller, on les suivra ; on l'endormira, lui,
« on dira que c'est elle qui le fait ». Elles répondent cela tout
« haut à ce que j'écris sans que je dise un mot, etc... »

« Elles », ce sont les infirmières. Et l'on trouve avouées
dans ces lignes, des hallucinations auditives et cénesthési-
ques d'une grande richesse ainsi que probablement des
interprétations délirantes.

Un jour Mlle M..., rédige à l'adresse de M. Hudelo Préfet
de Police, un long mémoire :

« En réponse à l'article du journal, samedi 30 juin 1919. »
« Un projet de loi. Des impôts d'un milliard et demi. « Il en
« manque un, d'impôt. Pourquoi ne pas imposer les animaux
« de luxe, comme chiens de salons, oiseaux, canaris, per-
« ruches, perroquets ? »

Le manuscrit continue sur un style fort correct, encore
que pomponné, enrubanné dans le haut goût primaire,
avec des citations assorties :

« De quel droit mettez-vous les oiseaux dans les cages ?
De quel droit arracher ces chanteurs aux bocages ? »

Cette narration vaudrait 10 au certificat d'études. Elle ressemblerait trait pour trait à beaucoup d'autres devoirs de bons élèves si la signature ne troublait malencontreusement l'harmonie monotone et paisible de cette littérature scolaire.

« Jeanne M...,

« Internée deux jours à Sainte-Anne puis conduite à Vaucluse *sans jugement* depuis les premiers jours d'octobre 1915. Hypnotisée à mon domicile par la police de mon quartier. Torturée physiquement et moralement, taxée illégalement de folie et conduite à la folie, gâtisme, idiotisme, par un traitement... aussi injuste que cruel et immérité, si peu folle qu'on me torture physiquement, pas assez saine pour être jugée. Possédant l'anglais, etc... »

« Asile de Vaucluse, Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise), premier bâtiment à droite en entrant dans la cour d'honneur, quartier des hommes ».

Repassée dans le service de M. le Dr Dupain après le décès de M. le Dr Vigouroux, Mlle M... conserve le même aspect clinique. Toujours absolument silencieuse en présence du médecin et des infirmières, se bouchant les oreilles avec les doigts pendant la visite, écrivant des lettres aux siens, les unes très sensées, les autres révélatrices de ses hallucinations et de son délire. Elle reçoit sa famille assez bien, parle alors volontiers, réclame sa sortie avec instance car elle se dit en possession de toutes ses facultés intellectuelles ; mais on la persécute, on la torture, on l'intérne arbitrairement. Ses frères, pris de pitié, entrèrent bientôt dans ses vues et, sur l'engagement formel que la malade serait placée sous la surveillance d'une tante, Mlle M..., fut

mise en liberté, non guérie, le 9 septembre 1919. Depuis lors, nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

En somme retenons de cette observation qui concerne une dégénérée, persécutée, hallucinée et interprétante, une paranoïaque pour parler le langage d'aujourd'hui (c'est peut-être déjà celui d'hier), retenons les faits suivants :

1° La réticence initiale suivie de confidences à peu près complètes, puis la réticence circonscrite s'étendant lentement et graduellement jusqu'à se généraliser ;

2° La cause du mutisme, sans doute complexe comme toujours mais où l'orgueil, le mépris, semblent ici prédominants. On dirait qu'ayant parlé et demeurant en proie aux mêmes troubles, Mlle M... enveloppe les médecins, les infirmières dans un profond dédain et en revanche conçoit de sa propre personne une opinion très haute ;

3° Notons quel frappant contraste entre le silence, l'attitude stéréotypée de notre malade et ses écrits souvent irréprochables. En quatre années, un délire aussi intense n'aguère désagrégé le substratum intellectuel ;

4° Bien que l'examen demeure toujours négatif, cette réticence généralisée et profonde est très diagnostiquable ; l'anamnèse, la correspondance, les aveux à la famille suffisent pour la certifier. Voici maintenant un malade qui, d'après l'aspect sous lequel nous l'avons vu, entrait dans le groupe de réticence généralisée muette avec langage mimé.

OBSERVATION III

Le certificat de M. C..., rédigé à l'arrivée du malade à l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police par M le Dr de Clérambault, le déclare « atteint de débilité mentale. Légère excitation psychique. Incurie. Distraction. Obtusion. Pouls 88. Venu à Paris sans but ou encore pour voir sans motif spécial un parent qu'il n'a pas prévenu et qu'il ne peut trouver. Demandait asile au poste, voulait être renseigné sur les choses politiques, etc... ». Jusqu'ici, rien ne nous fait songer à autre chose qu'à une fugue impulsive chez un débile. M. C... a trente ans ; il habite V... dans l'Aveyron, et c'est de là que brusquement il est parti pour Paris. Le lendemain de son entrée au Dépôt, notre malade passe à l'asile clinique. Sa présentation dut y être quelque peu différente car M. le Dr Briand, tout en reconnaissant le fond mental de débilité, ajoute : « idées de persécution et ambitieuses probables. On est jaloux de lui. *Très réticent.* »

Quinze jours plus tard le 18 février 1920, C... est reçu à Vaucluse dans le service de M. le Dr Juquelier. Il est examiné immédiatement. On ne lui trouve rien de notable à l'examen physique sauf une langue un peu saburrale. C... répond aux questions mais en élude certaines, alléguant l'ignorance : « Ma foi je n'en sais rien. » Il indique l'année, le mois, non la date précise, reconnaît bien des malades autour de lui sans pourtant comprendre, assure-t-il, la nature de leur affection ni de l'établissement où on les soigne. Il dit son pays natal, sa profession de mercier mais renseigne d'une façon vague ou négative sur les faits qui ont amené son internement. Il

est venu à Paris « pour se promener, pour voir des parents et pour savoir ce qui se passait par ci par là. » Il ignore où il voulait aller lorsqu'il se perdit et nie s'être jamais intéressé à la politique. Notre malade n'avoue pas de persécutions ; lorsqu'on lui demande s'il a des ennemis, si l'on se moque de lui, si dans la rue les gens le regardent, il répond toujours négativement. A la question : « Quelqu'un a-t-il cherché à vous faire perdre ? » il est plus évasif : « Je ne sais pas ; on m'a donné de faux renseignements. »

L'instruction de M. C... est rudimentaire. Il possède cependant à peu près sa table de multiplication : 7 fois 8 font 56 ; 9 fois 8 font 72 ; à 10 fois 12 par exemple, il hésite, et finalement répond 112. Interrogé sur Napoléon : « Cesont des affaires politiques qui ne me regardent pas. Il y a eu la guerre, je n'en sais rien ; j'étais jeune à ce moment là. » Il cite comme grandes villes de France : Paris, Lyon, Marseille, ce qui est fâcheux pour certaines oubliées et comme sous-préfectures de l'Aveyron : Rodez, Saint-Affrique, Villefranche, ce qui est vexant pour Rodez.

En somme, jusqu'ici nous pouvons croire à de la débilité mentale avec simple présomption de réticences circonscrites. Une tante du malade nous apporte quelques renseignements. M. C... était tranquille, rangé, bon travailleur. Il eut des revers et des chagrins de famille. Mobilisé et prisonnier dès le début de la guerre, il reste cinq ans en captivité ; à son retour, son père et sa mère étaient morts, l'un de néphrite, l'autre d'embolie phlébitique ; il était en outre presque ruiné. D'après la tante, c'est bien pour voir des parents que le malade était venu à Paris ; elle comprend qu'il n'ait pu donner leur adresse car ceux-ci avaient déménagé. Il resta

quarante-huit heures errant sans qu'on pût savoir ce qu'il fit.

Les jours qui suivent son entrée, l'attitude de M. C... se modifie. Il a des sourires, des grimaces, des clignements d'yeux, une mimique compliquée faisant penser à la démente précoce. Son langage est également bizarre ; il dit au médecin : « Voulez-vous me donner mes effets, s'il vous plaît, pour sortir, *crisse* ? » et lorsqu'on lui demande le sens de *crisse*, le malade répond : « C'est un nom que mon frère m'a donné. » Puis il devient rébarbatif au questionnaire et finalement tout à fait silencieux. En outre il s'alimente avec difficulté.

Un après-midi, les infirmiers sont fort surpris d'entendre M. C... sortir de son mutisme ; il cause avec un être invisible que l'on apprend bientôt être Judex lui-même. Ce Judex, évidemment fort hypocrite, aurait trahi notre malade. Interrogé le lendemain sur sa conversation avec le héros de l'écran, C... avoue bien l'avoir entendu. Mais lorsqu'on lui demande d'où venait sa voix : « Je ne vous répondrai pas », fait-il nettement. « Pourquoi vous a-t-il trahi ? » Silence. « Il faut nous l'avouer, insiste-t-on, si vous voulez recevoir vos effets pour sortir ? » Mais le malade se contente d'alléguer : « Cela n'a pas de rapport avec la question. »

Le jour du certificat de quinzaine, C... déclare un état civil imprévu. Il s'appelle Émile Lagardère ; il est né à Caylus ; il a cinquante-six ans. En vain tente-t-on de savoir qui lui révéla cette identité ; on n'obtient aucune réponse. « M. et Mme C... n'étaient donc pas vos vrais parents ? » — « Non » répond nettement le malade. Impossible d'obtenir d'autres détails : « C'est tout ce que j'ai à vous dire ; je

m'appelle Emile Lagardère, j'ai cinquante-six ans, je suis né à Caylus. Laissez-moi sortir ! » Et comme on tente encore de le questionner : « Monsieur, s'écrie-t-il, inutile de me martyriser de la sorte. Je ne sais rien de plus. C'est comme si vous étiez perdu et que vous ne retrouviez pas votre famille. Appelez-moi comme vous voudrez ; je suis C... ; cela m'est égal. »

Ces paroles et ces silences sont assez démonstratifs pour que M. le Dr Juquier ait pu conclure : « Délire de persécution. Hallucinations et interprétations délirantes. Idées ambitieuses probables, etc... *Réticence habituelle.* »

Et de fait, les jours suivants notre malade reste au lit, ne parlant guère, répondant parfois quand on l'interroge des phrases brèves et évasives. A l'heure de la visite, il dit seulement : « Donnez-moi mes effets ! » Une nuit il se frappe violemment le visage puis se bouche le nez et les oreilles avec les doigts. Ces gestes paraissent bien révélateurs d'hallucinations. Questionné là-dessus, M. C... s'empresse de fuir un sujet brûlant : « Est-ce que je pourrais me lever cet après-midi ? » fait-il (réticence par réponse à côté).

L'évolution vers le silence généralisé s'est encore accentuée lorsque nous examinons le malade le 12 avril 1920. Sa physionomie est quelque peu déconcertante ; il nous accueille par un sourire mais, à bien l'examiner, ce sourire manque de franchise ; on y sent une pointe d'ironie et comme une supérieure pitié. Ni prostration ni tristesse. Le regard est vif, les yeux nous fixent sans colère. La tête appuyée sur la paume, C... prend l'attitude indifférente et somptueuse d'un mandarin. On dirait qu'il n'accorde au monde extérieur qu'une attention vague, mêlée de condescendance et de sou-

riant mépris. Nous lui demandons ce qu'il fait là, le malade répond par un haussement d'épaules et une expression du visage indiquant l'ignorance. Mimique analogue lorsqu'on l'interroge sur les motifs de son voyage à Paris. « Vous n'aimeriez pas mieux être ailleurs ? » questionnons-nous. Moue évasive que l'on peut interpréter : « Ma foi cela m'est égal. » Une patiente enquête sur son nom de Lagardère sur les voix qu'il entendit, sur les persécutions dont il put souffrir amène chaque fois un signe énergique de dénégation. D'un mouvement de tête il confirme s'appeler M. C..., être natif de l'Aveyron, ne pas vouloir parler. En vain nous lui faisons craindre un séjour indéfini à l'asile s'il continue à cacher son mal. Son visage devient alors immobile et triste « Voyons, Lagardère ? » interrogeons-nous. Il proteste énergiquement avec un sourire. « Vous ne direz donc rien ? » Le malade fait signe que non. « Alors, dois-je m'en aller ? » Il a une moue d'indifférence. Nos questions sur les raisons d'un tel mutisme demeurent à peu près vaines. Ce n'est pas qu'on le lui ordonne ; ce n'est pas qu'il se méfie. Juge-t-il la parole inutile ? L'expression du malade semble répondre : « Peut-être bien » et de même quand on lui demande : « Nous croyez-vous au courant de vos affaires ? »

En somme, il s'agit très probablement de réticence généralisée muette avec langage mimé. C... est un débile, sans doute aussi un dégénéré. La cause du silence est imprécise et complexe. L'avenir nous apprendra son évolution vers le mutisme adynamique, la rémission, le polymorphisme ou la démence. Quelle qu'elle soit cependant, on peut présumer aujourd'hui C... atteint d'un délire hallucinatoire assez étendu dont il a d'abord révélé des bribes avant de s'enfer-

mer, on ne sait trop pourquoi, dans une vie intérieure impénétrable.

Jusqu'ici, nous avons vu des sujets qui, sollicités par nos questions pressantes, n'ont point fait entendre le son de leur voix. Le dernier malade a bien répondu d'un signe de tête qu'il ne voulait rien dire et l'avait même avoué antérieurement. Il servira donc de transition entre la réticence muette et la réticence parlée où l'on obtient des phrases, voire des discours, mais érudant, détournant le questionnaire. Les mots sont parfois des plus vagues ou complètement en désaccord avec la demande si bien que le diagnostic est encore à discuter et qu'il faut éliminer l'imbécillité, la démence, l'aphasie, la confusion etc... On s'appuiera comme plus haut sur les signes propres de ces divers états, sur la physiologie du malade et l'anamnèse. Le tableau symptomatique sera d'ailleurs ici beaucoup plus riche. D'autres fois, comme dans l'observation que nous allons citer, tout en ne révélant rien de sa vie, le sujet dit nettement : « Je ne veux pas répondre », de sorte qu'il ne saurait y avoir d'hésitation.

OBSERVATION IV

P..., Baptiste, âgé de cinquante et un ans, né dans le département de la Creuse, est entré le 30 décembre 1919 à Vacluse dans le service de M. le Dr Juquelier. Ses démar-

ches revendicatrices l'ont fait conduire à la Préfecture de Police où M. le Dr de Clérambault le déclare « atteint de troubles psychiques actuellement atypiques. Excitation et dépression. Idées de grandeur, de richesse, d'invention. Insistance auprès du directeur des Arts et Métiers en tant qu'inventeur. Persécution : suivi, espionné, etc... Gaz. Sa vie est reproduite dans les cinémas : insomnie, subagitation, indocilité parfois niaise. Pouls 98. Réflexes normaux, pupilles normales. Tremblement des doigts, insénescence ». C'est à l'asile clinique que M. le Dr Briand, ayant diagnostiqué : « dépression mélancolique avec idées de persécution, tentatives vaniteuses, possibilité d'un petit appoint éthylique », signale en outre : « *Réticences.* »

Dès son arrivée M. P... commence à protester : « Je veux savoir pourquoi on m'a amené ici. Je voudrais savoir l'usage que l'on fait de mes papiers pendant ce temps-là. En ce moment j'ai des inventions que... que l'on peut briser toute ma situation. Je suis connu de tous les constructeurs, de toutes les grandes maisons de construction. Je n'ai pas besoin de chercher du travail ni autre chose. Je ne suis pas le premier venu tel que vous me voyez. Depuis quelque temps, j'ai une machination de gens après moi, je pense qu'on est en train de se débrouiller avec mes inventions. » La parole de M. P... est un peu hésitante avec des accroc et des trémulations quand il s'exprime avec volubilité. La complaisance qu'il professe envers sa propre personne n'est point si délirante qu'on pourrait le croire car d'après les renseignements obtenus le malade a réellement fait plusieurs inventions. Il faut ajouter qu'elles sont inutilisables. Ayant dit, notre homme se rebiffe et l'on ne peut guère l'examiner,

lui faire tirer la langue ni interroger ses réflexes. Questionné sur les persécutions dont il s'est plaint, M. P... veut bien répondre : « On a tenté de m'empoisonner, on m'a fait prendre des tas de choses », mais quand le médecin tâche d'approfondir, il se refuse nettement.

Cette réticence persiste aux visites suivantes : « Vous me dites que vous êtes docteur ; je n'en sais rien » fait l'inventeur, et il refuse de donner aucun détail sur les circonstances de son arrestation. On lui arrache pourtant quelques aveux : « Je vois toutes les nuits des choses !... Il y a longtemps que ces gens-là me font du mal ».

Les hallucinations sont confirmées par les renseignements de la famille. Depuis longtemps P... négligeait ses affaires pour ses inventions et était toujours méfiant. La vie sociale restait cependant encore possible quand, il y a deux mois, le malade se croit poursuivi. Il téléphone à son patron pour le faire venir au chantier où il travaillait. « Vous ne les entendez pas?... Depuis ce matin ils sont après moi. » P... est l'aîné de six ; ses frères et sœurs sont bien portants. Pas d'antécédents psychopathiques avoués. Les parents sont morts, la mère de broncho-pneumonie à soixante-dix ans, le père d'une affection imprécisée. Notre malade passait pour être sobre, sauf peut-être ces derniers temps.

Telle est en résumé, l'histoire connue de l'inventeur quand nous l'examinons le 17 avril 1920. Comme il circule au quartier, nous le faisons venir seul en notre présence et l'invitons à s'asseoir. Étonné, méfiant, agressif, M. P... décline cette offre. « Voulez-vous causer un peu ? » lui demandons-nous, « A quel sujet ? » interroge-t-il à son tour,

— On m'a parlé de vos inventions, je désirerais avoir quelques renseignements ?

— Je n'ai pas de renseignements à vous donner. D'abord je n'ai pas l'honneur de vous connaître ; je ne sais même pas votre nom.

Et, comme je me présente.

— Qu'est-ce que vous écrivez ?

— Asseyez-vous, je vais vous le dire.

Finalement, le malade accepte un siège. Nous continuons à l'interroger :

— Comment se fait-il que vous soyez ici, vous, un inventeur ?

— Si je vous posais des questions pareilles, que diriez-vous ?

— Avez-vous des ennemis, monsieur P... ?

— Si j'ai des ennemis, ça, c'est une autre question.

— Savez-vous qui ils sont ?

— Oui je le sais, mais je ne veux pas le dire.

— Si vous voulez sortir, vous avez pourtant intérêt à parler.

— Je vous le répète, monsieur, je ne vois pas suffisamment votre qualité pour répondre à des choses comme ça. Je ne vois pas ce que vous faites de moi.

Là dessus le malade se lève.

— Quel était votre métier ? demandons-nous encore.

— Ecoutez, monsieur, vous devez connaître mon état-civil ; j'avais mes papiers en entrant.

Nous essayons d'établir le degré d'orientation de P... en lui demandant d'abord où il se trouve.

— Je n'en sais rien, fait-il, parce qu'on n'a jamais voulu me le dire. Je ne suis pas sorcier, je ne peux deviner.

Interrogé sur la date du jour, il se refuse aussi nettement.

— Ecoutez, monsieur, je ne sais pas quelles questions vous me posez. Ça fait vous le troisième qui me questionnez ici... Il fallait me demander cela plus tôt.

Et, comme nous justifions notre examen, en alléguant l'intérêt que nous portons à M. P... dont on nous a parlé et à qui nous voudrions rendre service, celui-ci va fermer la porte et revient vers nous. Nous le croyons prêt à répondre et réitérons notre demande. Il tombe dans un profond silence. Sans nous décourager, nous recommençons.

— Ecoutez, monsieur, fait-il alors, je n'ai pas de calendrier en poche, je ne lis pas le journal.

Il refuse même de spécifier le mois ou l'année.

— Je ne sais pas ce que vous avez écrit. Je n'ai répondu à aucune question.

Nous revenons sur les hallucinations antérieures.

— Est-il vrai que vous ayez téléphoné à votre patron pour qu'il vînt entendre des gens qui vous parlaient ?

— D'abord je n'ai pas précisément de patron ; j'ai un arrangement avec une maison.

— Qu'est-ce que vous faisiez ?

— Je faisais le calorifuge, ... mais, je vous le répète, vous n'avez aucune qualité pour me demander ces choses. On m'a volé mes papiers, des papiers importants contenant de quoi prendre un brevet.

— Etaient-ils relatifs au calorifuge ?

— Mais, monsieur, c'étaient des papiers, je vous le répète encore, n'est-ce pas ? Je n'ai point à expliquer ça.

Et M. P... plus que jamais détourne nos questions, fait des réponses à côté.

— Ce que je vous demande, c'est de me faire rendre mes effets pour que j'aille chez moi.

— Combien y a-t-il de temps que vous êtes ici ?

— Combien de temps ? Mais monsieur, vous le savez combien il y a de temps.

— Que feriez-vous une fois sorti ?

— Je sais ce que j'ai à faire une fois sorti.

C'est tout. Ici la réticence est indiscutable. Elle semble causée surtout par la méfiance et par ce fait que M. P... prétend ne nous point connaître. Bien que nous obtenions des paroles, aucune pour ainsi dire n'a répondu à nos questions, même les plus banales ; le malade se récusait ou se faisait lui-même l'interrogateur. Sa réticence est donc véritablement généralisée. On ne peut dire que notre inventeur dissimule puisqu'il avoue se taire volontairement. C'est une forme classique et fréquente du phénomène chez un dégénéré mental non débile avec idées de persécution, de revendication, peut-être de grandeur.

Ces quatre observations suffiront pour nous donner une idée de ce que peut être la réticence généralisée, encore qu'elle revête fréquemment des aspects spéciaux. On peut malgré tout en déduire une moyenne symptomatique suffisamment homogène. Par exemple le silence, nous l'avons vu, est rarement initial, du moins sous une forme persistante ; c'est graduellement d'ordinaire qu'il se constitue et le malade passe par une phase plus ou moins brève durant laquelle son refus de répondre demeure cir-

conscrit. Une fois au complet, le phénomène prend le type soit du mutisme avec ou sans mimique, soit de paroles vagues, détournées, avec ou sans aveu d'une intention de se taire. Quoiqu'il en soit, la réticence généralisée, plus fixe que la réticence partielle ne l'est jamais autant que la dissimulation. D'un moment à l'autre elle peut changer d'intensité ou de caractère et il lui suffit pour cela de la moindre cause. L'étude patiente et continuelle du malade, non point limitée à l'heure de la visite, mais poursuivie le jour et la nuit, révélera bientôt ces variations. Les infirmiers seront donc invités par le médecin à noter sur le rapport journalier les gestes et les propos des réticents. Il ne faudra point négliger l'examen des écrits, ni de fournir le crayon, la plume, le papier dont le plus silencieux peut tout à coup se servir. Si ces procédés passifs n'ont point de succès, on peut essayer de tâter activement la consistance du mutisme.

Il ne saurait y avoir ici de règle générale si ce n'est la patience. Le reste est affaire de doigté. Cordial ou sévère, détaché ou pressant, le médecin parlera chaque jour à ces malades et soudain au bout d'un temps variable, il les verra se transformer. Tantôt ils s'irriteront, tantôt ils s'épancheront brusquement, quittes à retomber ensuite soit dans la même réticence soit dans une forme différente. Il peut y avoir intérêt à faire tenter l'examen par un autre interlocuteur. Nous finirons ce chapitre en résumant un exemple de silence complet, persistant depuis plu-

sieurs semaines et rompu en notre présence sans que l'on sache trop pourquoi. Il s'agit encore d'un homme. Faisons remarquer à ce propos que dans un service de femmes beaucoup plus nombreux, à l'heure où nous rédigeons ce travail il n'existe à l'asile de Vaucluse aucun cas de réticence généralisée, tandis que le sexe fort en fournit cinq ou six. Faut-il voir dans cette différence le fait d'un simple hasard ? Ou bien, serait-elle la preuve que, même à l'état pathologique, les femmes justifient leur réputation et savent rarement atteindre au silence parfait ?

OBSERVATION V (Résumée)

M. le Dr Juquelier nous signale un de ses malades, comme ne disant pas un mot. Jean-Louis C..., âgé de quarante et un ans, est entré dans le service le 5 novembre 1919. C'est d'ailleurs un psychopathe de vieille date, transféré de l'Aveyron avec le certificat suivant : « Atteint de délire avec troubles hallucinatoires et idées [de persécution. » — « Délire chronique », diagnostique M. le Dr Briand et il ajoute : « *Réticence* ». M. le Dr Dupain qui a reçu d'abord le malade confirme en ces termes : « Idées délirantes de persécution. Hallucinations probables. Réticences. »

« J'ai été enlevé en service commandé ; avait dit C..., à son entrée (il était garde républicain). Le procureur général vous renseignera. » Ce fut tout. Depuis lors il demeura dans son lit, immobile et muet, le visage contracté douloureusement. C... répondait seulement oui ou non d'un signe de

tête aux questions banales telles que : « Dormez-vous bien ? » ou « Avez-vous bien mangé ? »

Cependant, le matin du 30 janvier 1920, en revenant des cabinets, il dit à l'infirmier qui l'invite à gagner son lit : « Vous buvez mon sang. Vous êtes des assassins... On a mangé la chair de mes enfants. » En même temps, il se frappe sur les avant-bras et porte les mains à sa gorge. Cette période d'excitation dure quelques minutes, après quoi il absorbe tranquillement sa soupe et reprend son calme antérieur dont il ne sortit pas les jours suivants.

C... était resté dans ce profond silence jusqu'au 1^{er} avril 1920. Le lendemain même, il devait partir en transfert. Nous le faisons venir au bureau et lui offrons une cigarette. A notre grande surprise, à la question banale : « Est-ce que vous fumez ? » il répond : « Je n'ai pas fumé depuis longtemps. » Il accepte néanmoins, essaie d'allumer sans aspirer puis, sur l'observation que nous lui faisons, allume convenablement. Nous poursuivons alors l'interrogatoire : « Pourquoi êtes-vous ici ? » Et C... de révéler sur un ton de colère graduelle tout son délire très complexe et toutes ses hallucinations : « Sa mère, sa sœur, son frère, ses enfants sont assassinés, morcelés ; lui-même égorgé, estropié, la moitié du corps mangée, les organes arrachés. Le procureur général était son père. Il a vu sa tête saignante rouler sur le trottoir. Et les bandits, auteurs de tout le mal, il les écoute encore. « N'entendez-vous pas ceux qui crient ? » Ils poursuivent autour de lui leurs affreux carnages.

Si bavard et si volubile, C..., reste encore un réticent. A certaines de nos questions il proteste. « Je ne dirai plus rien ; vous me parlez comme on parle à un imbécile. Vous me

demandez des choses insensées. » Mais malgré tout la colère l'emporte et de son silence qu'il avoue, il ne demeure que des reliquats circonscrits et polymorphes.

Le malade étant parti le lendemain, nous ignorons malheureusement l'évolution postérieure. Mais cette observation nous a révélé comme quoi l'intensité du délire peut briser parfois d'une façon presque automatique la plus étendue des réticences.

CHAPITRE V

Réticences circonscrites

Nous avons déjà dans les observations précédentes, rencontré des réticences circonscrites à titre d'état transitoire précédant la réticence généralisée. Mais la plupart n'ont pas cette évolution. Plus ou moins limitées à l'origine, elles demeurent telles par la suite. Comme nous l'allons voir, l'importance de leur contenu, leur consistance, leur continuité sont essentiellement variables suivant les malades. Les degrés, bien moins nets que dans la classe précédente, ne nous permettent pas une classification aussi schématique ; ce qui nous gêne encore davantage c'est la mobilité. Très rarement deux examens, si rapprochés soient-ils, nous montrent le sujet sous la même présentation. L'interlocuteur, le milieu : salle ou bureau, l'heure du jour, l'humeur surtout du malade viennent-ils à changer, on croirait avoir affaire à une autre personne.

Une division importante est cependant nécessaire, théoriquement du moins car en pratique elle manque souvent de netteté. Interrogé sur certains points, le

réticent peut dire : « Je n'en parlerai pas », faisant ou non connaître les raisons de son silence. Le diagnostic est alors évident. Parfois notre malade répond à côté, élude la question ou la détourne. S'il le fait d'une manière adroite, on peut être amené à envisager la dissimulation. Nous en parlerons au sujet de ce phénomène. Il arrive enfin que certaines demandes soient suivies de mutisme ou de mots vagues, indistincts, incohérents. Un gros débile, un imbécile par exemple se comporteront ainsi dès que l'interrogatoire dépassera leur entendement ou lorsque leurs faibles facultés d'attention seront émoussées. Un léger degré d'inhibition, de stupeur, d'affaiblissement intellectuel pourra produire des effets analogues. Il faudra donc distinguer de la réticence ces divers états correspondant à un reliquat de confusion, à la dépression mélancolique ou au commencement d'une désagrégation psychique de cause variable : sénilité, artério-sclérose, démence précoce, paralysie générale. De telles psychoses ont chacune leurs signes propres et si le malade ne répond pas, c'est par obtusion, apathie ou fatigue ; son silence revêt des caractères particuliers, se produisant d'ordinaire après un certain temps d'examen ou quand on réclame des renseignements un peu complexes.

Ces « fausses réticences » valaient cependant la peine d'être signalées. Nous allons en donner deux exemples brefs.

Mlle H..., vingt-cinq ans, est incapable de se diriger et

déclarée par M. le D^r Clerambault « inapte aux milieux urbains ». Entrée à l'asile de Vaucluse le 27 décembre 1919 dans le service de M. le D^r Dupain, elle demeure couchée, inactive, le visage sans expression et si l'on surprend des larmes glissant sur une de ses joues, c'est qu'elle est atteinte de dacryocystite unilatérale et non de dépression mélancolique. Elle a répondu par écrit au questionnaire imprimé d'une façon qui trahit la pauvreté de son intelligence et de son instruction. — Quelle est votre date de naissance? — « Je n'en rien les pas, 2 avril 1914. » — Etes-vous mariée ou célibataire? — « Selipataire. » — Quelle est votre profession? — « Les fleurs. » — Pourquoi êtes-vous ici? — « Pour une enfant pour rien du tout », etc. — Cela témoigne au moins de bonne volonté.

Le 24 février 1920, nous la faisons venir au bureau pour l'examiner; elle résiste et il faut qu'une infirmière l'y conduise. Mlle H... détourne la tête, ne nous regarde pas, ses mains sont cyanosées. Invitée à tirer la langue, elle n'en fait rien. Elle présente un mélange de négativisme et de tendance à la persévération des attitudes. « Vous ennuyez-vous ici? » lui demandons-nous. — « Non » répond la malade. « Voudriez-vous sortir? » — « Non »; malgré la promesse de l'envoyer se recoucher, il est impossible de lui arracher une parole. Elle accepte enfin d'écrire, trace son nom d'une façon correcte et, en regard des mots: « Mangez-vous bien? » inscrit « Oui », non sans effort. Le succès de la tentative s'arrête là. Notre malade ne bouge plus, même quand nous lui disons qu'elle peut s'en aller. Il faut que l'infirmière l'emène. Mlle H... n'est pas réticente. C'est simplement une grosse débile dont l'activité intellectuelle, déjà précaire à son

entrée, s'est encore atrophiée par l'inexercice après deux mois d'asile.

Mlle M... est à l'asile de Vaucluse depuis deux ans. Elle y est entrée à la suite d'une scène d'excitation avec jet de vaisselle par la fenêtre. C'était une dégénérée interprétante, se disant suggestionnée. Au quartier, toujours très calme, elle demeure dans un même coin et garde une moue stéréotypée un peu niaise. Interrogée, elle ne répond pas toujours et, quand elle le fait, c'est d'une voix basse, à peine distincte. Nous lui demandons un matin : « Pourrais-je tirer quelque chose de vous ? ». — « Oh ! fait-elle, se sera bien difficile ! ». Néanmoins, nous l'aménons au bureau quelque temps après « Quel âge avez-vous, Mlle M... ? » — « Je suis née en 69. » — « Cela fait quel âge ? ». Elle se tait. « En quelle époque sommes-nous ? » interrogeons-nous alors. — « Cinquante et un » dit la malade. (C'est la réponse au retard à la précédente question.) Son silence était donc le fait d'un ralentissement intellectuel. D'ailleurs Mlle M... nous conte ensuite ses misères ; elle a toujours été nerveuse, elle avait des obsessions, des scrupules, « toujours le doute, l'horrible doute ». Et en 1908 elle est tombée malade, si déprimée qu'elle n'avait plus le courage de s'habiller ni de sortir. Elle paraît ignorer sincèrement la cause de son entrée à l'asile, croit avoir été suggestionnée sans d'ailleurs soupçonner personne. La malade présente encore des interprétations délirantes mais des plus élémentaires. Ce qui la surprend, c'est de s'éveiller chaque matin les cheveux ébouriffés ; un tel fait lui paraît dû à une influence étrangère. Bref Mlle M... qui semble réticente à un examen sommaire ne l'est nullement quand on l'étudie plus à fond. Ce n'est pas une démente maïsses facul-

tés sont obtuses et, lorsqu'elle, se tait c'est par apathie, inertie, déficience de l'affectivité.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces fausses réticences. On en trouverait d'ailleurs des exemples à l'infini. Ainsi les mélancoliques répondent rarement à toutes les questions mais il s'agit chez eux d'inhibition et non de silence volontaire. L'inhibition, sans doute d'origine toxique exogène ou endogène, coexiste d'ailleurs souvent avec la réticence vraie. Il est difficile de faire le départ exact de l'une et de l'autre. Voici un cas où le silence circonscrit nous a paru relever à la fois de ces deux éléments.

OBSERVATION VI

Mme F... Céline, âgée de cinquante et un ans est entrée le 20 mars 1920, dans le service de M. le Dr Dupain après un placement volontaire à l'asile clinique. Le certificat de placement signé Dr Presle atteste que la malade « présente depuis plus d'un mois et demi des troubles mentaux caractérisés surtout par des hallucinations auditives. Elle ne sort pas de chez elle et c'est chez elle qu'elle entend des voix qui l'injurient et qui l'accusent. Elle prétend qu'il existe une installation permettant de voir ce qui se passe chez elle et grâce à laquelle tous ses actes sont surveillés ». M. le Dr Briand pose le diagnostic « d'alcoolisme chronique avec accidents subaigus, hallucinations pénibles, craintes imaginaires, insomnie etc. »

Nous examinons la malade dès le lendemain de son entrée

dans le service. Elle nous frappe tout d'abord par la teinte subictérique de ses téguments et de ses conjonctives. L'abdomen est augmenté de volume, si météorisé que la délimitation du foie est impossible ; sa palpation provoque une douleur nette. Une légère matité en croissant occupe la partie inférieure de l'hypogastre et des fosses iliaques sans que l'on perçoive toutefois une sensation de flot. Mme F... nous paraît à la phase préascitique de la cirrhose. Un gros ulcère variqueux de la jambe gauche traduit en outre la déchéance de son système veineux. Les yeux sont quelque peu exorbités mais le pouls ne bat qu'à soixante-seize pulsations. Il y a du tremblement des doigts. La malade ne veut pas montrer la langue.

Mme F... se présente à nous l'aspect abattu et préoccupé ; son regard voilé se détourne et s'abaisse. A la plupart de nos questions, elle reste muette ou répond brièvement après une longue insistance. Nous pouvons toutefois établir que ses parents sont morts âgés, paralysés tous les deux, le père à l'hôpital Laënnec, la mère à la Salpêtrière. Au sujet du reste de sa famille, la malade se tait ; elle aurait une ou plusieurs sœurs si l'on en croit quelques signes de tête affirmatifs ou négatifs ; quand on l'interroge davantage sur leur compte, elle se contente de dire : « Je n'ai personne qui vienne me voir ». Mme F... est mariée depuis trente et un ans ; elle nous refuse tous les détails concernant son mari, les enfants qu'elle aurait eus et sa santé antérieure. Au sujet des troubles psychiques, les renseignements sont très restreints et malaisés à obtenir. On la persécutait chez elle ; elle soupçonne quelqu'un mais ne révèle point ses soupçons. Ici elle entend encore des voix mais beaucoup plus lointaines. Nous tentons d'éta-

blir le degré d'orientation de Mme F... ; elle ignore où elle se trouve, sait pourtant qu'on l'a conduite en voiture, il y a deux jours, croit-elle, alors que c'était la veille. Quant à la date, on ne peut d'abord la lui faire préciser : « Nous sommes au printemps, » indique-t-elle néanmoins, et après une longue réflexion « au mois de mars ». Interrogée sur les causes de son silence à certaines demandes, la malade répond : « Je ne sais pas ce qu'on veut dire de tout ça, tout ce que je vois. » — « Peut-être, disons-nous, nous croyez-vous, bien à tort, au courant de vos affaires ? » Elle fait de la tête un signe net d'affirmation.

En somme jusqu'ici, à part ce dernier trait, assez caractéristique, on pourrait logiquement hésiter à poser le diagnostic de réticences. Idées de persécution sans doute mais surtout alcoolisme chronique non seulement évident de par l'examen somatique mais que la malade avoue aux infirmières : « J'ai mal à la jambe parce que je buvais beaucoup ». Les renseignements de la famille nous le confirment : Mme F... première dans un grand magasin, avait une excellente conduite lorsqu'il y a quinze ans elle s'est mise à boire du vin d'une façon immodérée, atteignant la dose quotidienne de quatre litres ; elle passait des semaines sans dessoûler et depuis lors sa valeur intellectuelle s'est dépréciée graduellement. Des crises de méfiance et de misanthropie l'isolaient du reste du monde, mais le délire de persécution ne s'est vraiment constitué que ces dernières semaines, si intense que l'internement devint nécessaire. Cette intoxication de vieille date ayant déjà pénétré l'organisme peut très bien suffire à expliquer le silence partiel de Mme F... Soit directement, soit indirectement par l'insuffi-

sance d'un foie adultéré, il en doit résulter un certain degré d'obtusion, de désorientation, de déficience des facultés intellectuelles. La réticence vraie demeure douteuse.

Mais les jours suivants, la malade refuse de s'alimenter ; la crainte de la sonde œsophagienne qui est parfois chez les aliénés le commencement de l'appétit l'amène seule à boire sous nos yeux deux timbales de lait. Quand nous l'interrogeons ensuite, elle répond sans trop de peine aux questions n'ayant pas trait à son délire. Une fois sur le terrain de ses hallucinations auditives, de ses persécuteurs possibles, elle se tait. La mimique néanmoins est assez suggestive. Mme F... fronce les sourcils, clôt à demi les yeux, prend une expression concentrée et douloureuse. Ce jour-là, 23 mars 1920, nous sommes certainement en présence d'une réticence circonscrite.

Cependant, sous l'influence du régime de l'asile, du sevrage d'alcool, l'apathie de la malade, se dissipe peu à peu. Ses yeux où pâlit la teinte subictérique ont un regard plus clair, plus vivant, et qui rencontre le nôtre. A la visite du 17 avril, elle se plaint de souffrir du côté gauche et, tout en l'examinant, nous essayons de renouer l'entretien infructueux du premier jour. Cette fois, nous obtenons un plein succès. A toutes nos questions, Mme F... fait des réponses claires et précises.

— Est-ce qu'on vous ennue toujours ?

— Oh, oui ! toujours.

— Entendez-vous des voix ?

— Oui.

— Que vous disent-elles ?

— Eh bien, elles me disent que je suis une espionne, une

voleuse, que tout ce qui est chez nous, je l'ai volé. Quand je suis venue ici, je ne pouvais pas parler ; j'étais comme paralysée, je ne savais pas où j'étais.

— Est-ce pour cela que vous ne m'avez pas répondu ?

— Oui.

— N'est-ce pas parce que vos voix vous le défendaient ?

— Oh non.

— Y a-t-il longtemps qu'on vous en veut ?

— Depuis le mois de janvier. Ça a toujours été les mêmes personnes, des personnes de ma maison qui correspondent avec d'autres. Elles disent qu'on va me couper les mains, les jambes, m'arracher les ongles, un tas d'horreurs.

— Ne vous envoient-elle pas de mauvaises odeurs ?

— Pas des odeurs non mais des fluides.

— En quel endroit du corps ?

— Dans le côté gauche.

— Quel effet vous fait ce fluide ?

— Eh bien, docteur, j'ai tout, tout qui tremble ; ça me fait marcher les nerfs si vous aimez mieux ; je sens parfaitement quand on ne me travaille pas ; je suis très bien, je suis calme.

Mme F..., qui continue à se prêter de la meilleure grâce du monde à notre interrogatoire avoue encore des hallucinations psycho-motrices. Elle nous confesse ses habitudes d'intempérance ; un peu dissimulée pourtant sur ce sujet (ce qui est d'un psychisme norma), elle ne veut point préciser la quantité de vin qu'elle absorba et se récrie quand on parle d'une dose quotidienne de trois litres. La malade nous renseigne volontiers sur sa vie antérieure et sur sa famille ; elle n'eut qu'un fils tué à la guerre, pas d'autre enfant ni de

fausse couche. Elle était première au magasin du... jusqu'à l'âge de trente-deux ans.

— Pourquoi avez-vous quitté ? lui demandons-nous.

— Parce que j'étais malade.

— Est-ce à ce moment que vous avez commencé à boire ?

Mme F..., fait une moue évasive. Sur tout le reste elle nous répond sans méfiance ni mauvaise humeur. Son orientation, beaucoup meilleure, n'est pas encore parfaite. Elle sait le nom et la nature de l'établissement où on la soigne mais s'y croit seulement depuis quinze jours.

— Je ne me rappelle plus bien quand je suis arrivée.

— Le temps vous a paru rapide. Il y a près d'un mois.

— Ah par exemple !... en effet !

— Quel jour sommes-nous aujourd'hui ?

— Samedi... il me semble du moins (c'est exact).

— Quel mois ?

— Avril.

— Quelle date ?

— Ah ! la date, je n'en sais rien.

Bref la malade, sensiblement désintoxiquée, nous apparaît sous l'aspect d'une simple alcoolique chronique avec idées de persécutions, mais non réticente. Réticente, elle le fut pourtant sans aucun doute à notre second examen. Il est au moins curieux que l'obtusion vague du début ait passé, par cette phase de silence circonscrit volontaire avant de s'atténuer. Depuis lors Mme F... présente des périodes d'amélioration et d'aggravation pendant lesquelles reprend le mutisme partiel, l'imité au délire.

La réticence circonscrite est le plus souvent rela-

tive à un certain système d'idées délirantes. Très fréquemment le malade l'avoue en donnant les raisons, sincères ou non, de sa réserve. En voici un exemple entre mille.

OBSERVATION VII

Mlle J... Hélène, âgée de vingt-neuf ans, est entrée le 3 avril 1920 à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le Dr Dupain. C'est une démarche intempestive qui amena son internement comme le révèle le certificat suivant de M. le Dr Heuyer. « Débilité mentale. Excitation psychique légère. Loquacité. Instabilité. Est venue à Paris parce qu'elle s'ennuyait dans son pays et qu'elle voulait gagner de l'argent. A fait plusieurs places en deux mois. Croyances imaginaires à son droit de toucher une prime pour avoir beaucoup travaillé pendant la guerre. Est allée réclamer au Ministère des Affaires étrangères un legs de 75.000 francs qui lui appartient parce qu'il lui aurait été attribué par un « Monsieur du Château ». Pouls 116. Tremblement. Cyanose et infiltration des extrémités. Tendance à l'exophtalmie, déséquilibre thyroïdien. »

Après une dizaine de jours à l'asile clinique, Mlle J... nous arrive, très loquace, plutôt joviale, prenant parfois des mines maniérées et mystérieuses. Cette attitude qui ne va pas sans prétention détonne avec son corps infantile aux doigts courts, œdémateux, cyanosés et son accent chantant de beauceronne. Nous ne reviendrons pas sur les stigmates physiques si clairement enregistrés par M. le Dr Heuyer. La malade nous parle abondamment sans avoir d'abord le moins du monde l'aspect d'une réticente. Elle

expose ses désirs un peu niais de richesse et de grandeur. A la pension elle fréquentait de la noblesse. On jouait « Jeanne d'Arc » avec de splendides costumes. Cela vous donne à réfléchir. Hélène J... veut avoir de beaux souliers, de belles robes, des bijoux, bien manger et boire du vin. Un tel programme résume en somme d'une façon prosaïque mais sincère les nobles aspirations du prolétariat conscient d'aujourd'hui. Pour le réaliser, notre campagnarde cède à la fascination universelle. Ses parents sont cultivateurs près de Chartres ; elle se brouille avec eux et les quitte. « Hélène, tu traîneras le pavé ! » lui prédisait souvent son père. N'importe ! Insensible au bon sens paternel, la voilà à Paris, en place. Elle gagne 80 francs par mois et, comme nous doutons que ce soit la fortune, Mlle J... proteste : « Si ! quand on est économe. Je ne suis jamais allée au théâtre ; une seule fois au jardin d'acclimatation, j'en ai eu pour mes vingt sous. » On ne saurait être plus raisonnable. Néanmoins notre nouvelle bonne abandonne sa place car la patronne attend un bébé et chacun sait que les enfants, s'ils sont l'espoir de demain, restent le tracassé d'aujourd'hui pour les domestiques comme pour les maîtres. Hélène tient par dessus tout à sa tranquillité. En attendant que se réalise son rêve ambitieux : « bien vivre et ne rien faire », elle court de place en place. Bref, à l'entendre, c'est une fille de campagne semblable à toutes celles qui viennent à Paris chercher la richesse, aussi crédule, aussi naïve et l'on ne pourrait dire que ce soit une imbécile sans vexer bien de gens.

D'ailleurs elle a répondu par écrit d'une manière fort convenable au questionnaire imprimé. Elle a inscrit correctement ses nom et prénoms, ses date et lieu de naissance, son domi-

cile, le jour de son arrivée. En regard de la phrase : « Dans quel établissement croyez-vous être ? », elle met « repos de campagne », ce qui est charmant. A « Pourquoi êtes-vous ici ? Que vous est-il arrivé ? » elle répond : « Nullité » et à « Croyez-vous être malade ? » un « Non » catégorique. Tout cela sans la moindre faute d'orthographe. Interrogée sur Jeanne d'Arc, elle élude la question « Ah ! vous le savez mieux que moi. Je ne sais plus mon histoire de France. J'aimais mieux la géographie ; Je savais tous nos départements. » Décidément on a calomnié Hélène J... C'est une jeune bonne comme il y en a peu.

Heureusement, vous avons le certificat de M. le Dr Heuyer et, muni des renseignements qu'il nous donne, nous abordons certains sujets passés sous silence par la malade.

— Qu'est-ce que ce legs de 75.000 francs sur lequel vous comptiez ?

Ici Mlle J... perd subitement sa bonne humeur.

— Voilà plus de cinquante fois que je réponds qu'il est inutile de me demander cette chose-là. Vous le savez vous-même ainsi que tout ce qui s'ensuit : la guerre et la brouille avec mes parents.

— Mais de qui viendrait ce legs ?

— Ah voilà ! je ne peux pas dire mes choses à tout le monde ; à des amis, oui, mais pas à des ennemis. Il n'y a que des étrangers ici.

— Mais pourquoi êtes-vous allée au Ministère des Affaires étrangères ?

— Eh bien, quand on trouve quelque chose étrange... Puisque je fréquentais des étrangers (En pension j'ai connu la cousine de la Reine de Roumanie)... Que voulez-vous que

je vous dise ? C'est à vous de m'apprendre quelque chose et non à moi. Pourquoi me rabâchez-vous tous cette question d'argent puisque je ne vous en parle pas ? A Sainte Anne tout le monde me faisait la même question. Je me disais : « Ils sont fous. » Vous croyez donc que j'y ai droit puisque vous insistez tant ? je ne dirai rien ici puisque je ne veux pas rester ici. Une chose que je tiens en secret, vous n'avez pas le droit de m'en parler. Je sais à quoi m'en tenir ; je sais qu'il y a des tire-sous partout...

Et Mlle J..., toujours loquace, repart dans des digressions éloquentes sans vouloir répondre le moins du monde à nos dernières questions. Malgré son bavardage, elle présente donc un exemple indiscutable de réticence circonscrite avouée sur un terrain de débilité mais surtout de déséquilibre. C'est une dégénérée mentale avec idées niaises de richesse.

Au lieu de nous attarder à la description théorique des réticences circonscrites, nous allons continuer à en donner quelques brèves observations. Mieux que tout exposé, forcément incomplet et artificiel, elles nous révéleront leurs caractères les plus fréquents : faible consistance, polymorphisme, mobilité.

OBSERVATION VIII

Henri Quef..., chauffeur, âgé de vingt-quatre ans, est entré dans le service de M. le Dr Juquelier à l'Asile de Vaucluse le 16 février 1920. A l'infirmerie spéciale de la Préfec-

ture de police, M. le Dr de Clérambault l'a déclaré nettement atteint de « psychose interprétative. Possibilité d'appoint éthylique ou hypomaniaque. Euphorie, assurance, expansivité ; légère congestion céphalique. Tachycardie. Persécuté par ses camarades du chantier. Compréhension rétrospective des faits de sa vie. Son père et son frère veulent sa mort. Traité en bâtard ; cigarettes empoisonnées, bruits de porte nocturnes, etc... Peut-être voix épisodiques ; nous faisons crier dans le couloir, pour l'éprouver, que sa mère est morte, qu'il va mourir et qu'on veut l'embrasser avant, etc... Méfiance peut-être déjà ancienne. A abordé un sergent de ville pour être protégé. Tremblement des doigts. »

Si M. le Dr de Clérambault signale déjà la méfiance, en ajoutant même « peut-être déjà ancienne », il n'a pas constaté encore chez Quef... de réticences vraies. C'est un terrain prédisposant, dirait-on en pathologie générale, où elles vont bientôt germer. A l'asile clinique rien de plus, puisque le certificat de M. le Dr Briand, diagnostiquant : « Dégénérescence mentale avec illusions, troubles de la sensibilité générale, hallucinations probables, interprétations fausses et idées délirantes de persécution » n'ajoute pas autre chose.

Toutefois, dès son entrée à Vaucluse, Quef... est un malade dont l'interrogatoire et l'examen sont fort difficiles et qui élude certaines questions. Au point de vue somatique, on constate d'abord une très légère inégalité pupillaire, la pupille droite étant un peu plus grande et un tremblement des doigts, également léger. La langue est saburrale. Ajoutons de plus que l'analyse des urines a révélé la présence de glycose. Par suite de cette constatation, M. Quef..., interrogé sur les signes fonctionnels d'un diabète possible, pré-

tend avoir maigri depuis quelque temps mais n'accuse ni polyphagie ni polydypsie. Un médecin, il y a trois semaines, lui aurait trouvé de l'albuminurie mais n'a point parlé de sucre. D'ailleurs les réflexes ainsi que les appareils circulatoire et respiratoire se montrent normaux à l'examen.

M. Quef... est convenablement orienté; il se sait à l'asile de Vaucluse et, s'il croit tout d'abord que nous sommes au mois de mars, il corrige après réflexion « mois de février ; plutôt dans la seconde quinzaine » et c'est parfaitement exact.

Des questions pressantes et réitérées lui arrachent par bribes son histoire. Il vient de l'hôpital Necker où il n'a passé qu'une journée. Quef... se disputa au restaurant car il avait « des peurs ». De quoi ? Nous ne le saurons pas au juste ; tout le monde lui en voulait. Il a remarqué cela car, partout où il allait, on semblait le regarder de travers. Le malade était manœuvre et travaillait dans la charpente chez M. L... Là aussi, il était en butte à des machinations. On lui portait préjudice pour le faire partir. Interrogé sur ses troubles sensoriels, il est déjà très réticent. A-t-il des hallucinations auditives ? Les questions sur ce point demeurent sans réponse. Lorsqu'on lui demande : « A-t-on cherché à vous empoisonner ? » il répète : « Si on a cherché à m'empoisonner ? », cela deux fois consécutives ; enfin la troisième fois, il avoue : « Oui on a cherché à m'empoisonner », et confesse en même temps que des illusions gustatives et cénesthésiques qu'il soupçonne son frère surtout mais aussi son père et son beau-frère. Quef... ne fera rien pour se venger d'eux ; cela viendra tout seul. Il n'a remarqué ces choses que le 20 dé-

cembre dernier et depuis cette date il s'est expliqué tous les événements antérieurs.

La famille nous renseigne bientôt sur les antécédents du malade. Les parents sont vivants mais le père est atteint d'une affection cardiaque. Un oncle paternel s'est suicidé à quarante-cinq ans, nous ignorons dans quelles circonstances. Henri Quef..., a huit frères et sœurs ; le premier et le dernier sont morts en bas âge ; le deuxième serait d'un caractère triste et renfermé, le troisième dyspeptique, un autre bossu par suite de mal de Pott. Notre malade est né à terme, a marché de bonne heure, n'a rien présenté d'anormal pendant son enfance. A l'école, il était dans la moyenne mais n'obtint pas néanmoins son certificat d'études. Il travailla ensuite dans les fermes puis dans les jardins. Mobilisé comme sapeur du génie en 1915, il passa deux ans et demi à Salonique, fut cinq fois enterré par des obus ou des éboulements mais sans jamais avoir présenté de troubles nerveux consécutifs. Il eut de l'ictère suivi de diarrhée et resta cinq mois à l'hôpital, M. Quef... était sobre ; la syphilis chez lui est peu probable.

C'est en août 1919 que les troubles psychiques ont commencé. A ce moment le malade, démobilisé, voulait être chauffeur mais il travaillait irrégulièrement et changeait constamment d'idées ; un jour il parlait de tenir un commerce de vins et le lendemain pensait au mariage. En janvier 1920, il prend en grippe son frère qui travaille chez le même patron. A la suite d'une colique, il s' imagine être empoisonné et dès lors varie constamment de restaurant. Dans les personnes qu'il rencontre, il croit voir des gens à sa poursuite. D'après la famille, Quef... n'a jamais paru entendre de

voix ni présenter d'idées ambitieuses ; il aurait eu cependant des prétentions sur une jeune fille d'un niveau social supérieur au sien. Aucune réaction violente ne fut constatée chez lui. « Si seulement j'avais eu un revolver, dit-il néanmoins un jour, je me serais épargné bien des ennemis. Mais il vaut mieux que je n'en aie pas ; j'aurais trop peur de me tromper. » Une autre fois, il a menacé son frère de lui donner un coup de pied.

Quatre jours après son entrée à Vaucluse, le malade qui d'habitude ne parle guère, se lève brusquement et se jette sur un infirmier. Interrogé à ce sujet : « Je voyais quelque chose de trouble dans mes yeux, dit-il, et c'est comme de l'hypnotisme. » On lui demande s'il entendait une voix : « On a l'air de dire, répond Quef..., que je suis un pédéraste. Je vois bien ce qui se passe tout de même. » Mais, si l'on approfondit l'enquête, on s'aperçoit que M. Quef... est plus interpréteur qu'halluciné. Il n'a pas réellement entendu le mot pédéraste mais il sent « que c'est des propos lancés contre lui ». Un malade lui propose-t-il une partie de dames : « On sait ce que cela veut dire. Un autre à Sainte-Anne m'avait déjà dit la même chose. »

Le 22 février M. Quef... est en pleine réticence généralisée muette et adynamique ; il ne répond à aucune question et ne prononce pas un mot devant ses sœurs qui le visitent.

Le 3 mars, date du certificat de quinzaine, il reste à peu près dans le même état, immobile sur sa chaise, le regard fixe, disant cette seule phrase quand on l'interroge : « Ce n'est plus la peine de parler de tout cela. » Si bien que M. le Dr Juquelier peut écrire : « Après quelques jours est devenu réticent, presque muet, s'alimente irrégulièrement (craintes

d'empoisonnement) et ne donne plus aucun renseignement sur un délire qui paraît encore très actif. »

Mais cette attitude s'est modifiée dès la semaine suivante. Au prochain jour de parloir, Quef... cause avec ses sœurs, demande des nouvelles de sa famille, notamment de son beau-frère. Puis au bout d'un quart d'heure, il ne répond plus que par signes après avoir dit : « Il ne faut pas causer ; c'est défendu. » Au départ des siens, il embrasse une de ses sœurs mais recommande à l'autre : « Ne m'embrasse pas ; c'est défendu. »

Même attitude au parloir suivant. Après quelques minutes d'une conversation normale, il adopte le langage mimé, excipant toujours d'une prohibition prétendue. Comme sa sœur lui demande pourquoi ce mutisme imposé : « Parce que ça me fatigue de parler, répond le malade ; les murs ont des oreilles. Mieux vaut ne rien dire. » Et il refuse de l'argent qu'on lui offre.

Mais, huit jours plus tard, à une visite de son beau-frère, Quef... se comporte raisonnablement, cause volontiers et va jusqu'à rire au récit d'une histoire plaisante.

Ainsi, de semaine en semaine, presque de moment en moment, le malade passe du degré du plus élevé de la réticence à un silence étroitement circonscrit. Ce polymorphisme et cette mobilité durent encore lorsque nous voyons M. Quef... le 17 avril 1920.

Il se présente sous un aspect éveillé, enjoué, souriant. Il refuse toutefois une cigarette et, questionné d'une manière cordiale : « Je ne veux pas faire de déclaration, dit-il, je ne vous connais pas ; je ne parle qu'aux gens que je connais. » Nous lui proposons de nous présenter. « Oh ! je ne me méfie

pas ; je ne crains rien ni personne. Je ne refuse pas de dire mon nom ; je ne l'ai caché qu'une fois à l'hôpital, quand je croyais avoir la syphilis ; j'avais pris le nom de Simonet Jean car dans les hôpitaux les gens sont tellement jaloux qu'on cherche toujours à vous porter préjudice. Comme je m'appelle Henri René, on est allé chercher un Henri et un René qui étaient fous afin de me faire passer pour tel. Je ne vous donne pas d'autres renseignements ; vous verrez bien. » Nous nous informons des causes de son entrée à l'asile. « Ce sont de vieilles choses. Ne parlez plus de cela Les gens n'ont pas été ce qu'ils devaient être, des gens qui me connaissaient très peu ; ils ont monté le coup à mes parents. Mais je préfère souffrir que flanquer des coups de poings. » « Mais ici, faisons-nous, il n'y a plus personne qui vous en veuille ? » M. Quef... sourit, très philosophe en sa misanthropie. « Ici ? je ne pense pas... bien que je n'aie plus confiance en personne. Maintenant c'est fini pour me fier à d'autres qu'à moi-même. »

— N'entendez-vous pas de voix ?

— Non... oh ! parfois souffler... Mais il ne faut pas prendre pour soi tout ce que l'on entend... J'en ai entendu il y a un moment.

— Ici ?

— Oui... oh ! (geste évusif) ; ça pouvait venir de moi aussi, je ne puis vous affirmer.

— Que vous disaient ces voix ?

— Elles m'appelaient par mon petit nom... Mais, ces déclarations, je ne peux pas les confirmer ; j'en ai tellement passé !

— Elles ne vous disaient point d'injures ?

— Non... ou du moins je ne l'ai pas pris comme cela.

— Y a-t-il longtemps que les gens vous en voulaient ?

— Oh ! oui... mais d'abord je n'y faisais pas attention. On me pistait. Si on m'avait pris pour un nul, on ne m'aurait pas pisté ; je me disais : « Ce sont des imbéciles ».

— Quand avez-vous remarqué ?

— Oh ! c'est inutile de refaire des déclarations là-dessus.

Il serait superflu de transcrire davantage cette conversation. L'exemple est assez développé pour qu'on en juge. Il présente, remarquablement réunies chez un même malade, toutes les formes cliniques de la réticence. Ces formes alternent irrégulièrement, avec des degrés divers d'étendue et de consistance. La cause du mutisme est aussi changeante. Quef... prétend se taire puisqu'on lui défend de parler, puisque les murs ont des oreilles, puisqu'il ne nous connaît pas, puisqu'il est inutile de remuer les vieilles choses. Au point de vue diagnostic, l'opinion de M. le D^r Briand nous paraît vraisemblable : « Dégénérescence mentale avec idées de persécution. »

OBSERVATION IX

Sur la foi d'un certificat de placement volontaire signé de M. le D^r Séglas, Mlle B... Adrienne, âgée de vingt-deux ans, est entrée à l'asile clinique le 6 décembre 1917. Ce certificat déclare la malade « atteinte de troubles intellectuels caractérisés par des idées de persécution et d'hypnotisme. Interprétations délirantes. Troubles de la sensibilité générale. Etat de distraction presque continu. Rires sans motif. Impulsivité ». M. le D^r Briand diagnostique : « Débilité mentale avec interprétations délirantes et idées d'influence.

Syndrôme de Basedow. » et Mlle B... passe à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le D^r Vigouroux.

Elle se présente, la physionomie assez expressive et intelligente ; le teint pâle et la décoloration des muqueuses décèlent un certain degré d'anémie. Les yeux sont assez gros mais sans exophtalmie notable ni signe de de Graefe. Le corps thyroïde est toutefois légèrement hypertrophié. Les doigts étendus ne tremblent guère ; le pouls bat à 74 pulsations par minute. La pression artérielle, mesurée à l'oscillomètre de Pachon, donne les valeurs suivantes : 14 de maxima et 7 de minima, soit une légère hypotension. Le syndrome basedowien, s'il existe chez Mlle B... est donc des plus élémentaires. L'examen somatique dénote encore au point de vue respiratoire de la submatité du sommet gauche sans rien d'apparent à l'auscultation et au point de vue nerveux une certaine vivacité des réflexes patellaires. La malade se plaint de céphalée occiputale.

Au premier examen, on ne signale pas de réticences. Mlle B... conte son enfance, durant laquelle elle avait déjà, de son propre aveu, une nature capricieuse et impressionnable. Au sortir de l'école, elle fut apprendre la couture dont elle fit bientôt son métier ; travaillant en atelier, la jeune fille gagnait environ trois francs cinquante par jour. Ce n'était point la richesse mais, en cette époque facile, la somme suffisait presque à son entretien. Tout allait donc le mieux possible quand au début de mai 1917, Adrienne B... eut des cauchemars et des insomnies ; elle souffrait constamment de la tête. Bientôt notre couturière se crut magnétisée ; on lui montrait des têtes sanglantes. M. le D^r Ségla s con-

saille le repos à la campagne et la malade s'en va dans la

Nièvre, chez sa marraine. « Là confesse-t-elle, je fus méchante et coléreuse. » Elle eut aussi des interprétations délirantes puisque, d'après ses dires, les gens faisaient des signes comme s'ils approuvaient et savaient ce qu'elle pensait. Néanmoins, le travail aux champs put la distraire de son délire car Mlle B... revint à Paris, se croyant remise. Mais les troubles ont réapparu : toujours ce fâcheux magnétisme et ces suggestions de pensée !

La mère, d'apparence peu intelligente, confirme et complète nos renseignements. Le père de la malade a succombé en 1914 des suites d'une hémorragie cérébrale après un séjour de deux mois et demi à la Salpêtrière ; il était sobre mais très congestif. Adrienne a deux frères bien portants. Elle était elle-même d'une bonne santé, néanmoins fort nerveuse. A l'atelier, sa tenue restait irréprochable. Pour se distraire, la jeune couturière lisait beaucoup, très réservée d'ailleurs dans le choix de ses lectures qui se bornaient aux romans épurés des *Veillées des Chaumières*. Toute à ces contes merveilleux où de riches héritiers épousent des ouvrières, Mlle B..., se met à parler d'un beau Monsieur brun, rêvant de convoler avec lui en justes noces. Devenue méchante envers sa mère, elle l'accusait de recevoir un amoureux prétendu. Son sommeil était mauvais, entrecoupé de cauchemars. Bientôt elle cria au magnétisme, sans jamais désigner le magnétiseur. Retour de la Nièvre, elle allait mieux et travailla pendant trois semaines, sans beaucoup de goût toutefois. Et les idées de persécution revinrent, plus intenses.

En somme, Mlle B..., qui ne paraissait point nettement réticente au premier examen, avait passé sous silence quel-

ques détails importants de son histoire. Interrogée là-dessus quelques jours plus tard, le 17 décembre 1917, elle se récrie : « Ma mère a inventé tout ce qu'elle a raconté, je vais l'emballer ; elle recevra un savon ; je ne me suis jamais confiée à ma mère ; ce n'est pas pour me confier à un médecin. Ne me parlez pas de tout cela. » Et, le jour du certificat de quinzaine, son mutisme avoué autour de certains points persiste encore « Je vais mieux déclare-t-elle ; c'est tout ce que j'ai à vous dire ». Ce silence manque pourtant de consistance. Elle finit par reconnaître qu'elle voyait de temps en temps des têtes sanglantes, et qu'ayant lu dans Larousse la définition du magnétisme animal, elle a cru être somnambule. Elle rit sans motif en se cachant sous ses draps et fait preuve envers les siens d'une indifférence affective marquée. M. le Dr Vigouroux diagnostique : « Dégénérescence mentale avec idées vagues de persécution... *Réticences*. Etat de distraction continu, etc... »

Pendant six mois d'internement, la malade, quand on ne l'interroge pas, se montre à peu près normale, plutôt gaie. Elle travaille régulièrement à la couture. Le 20 juin 1918, elle se présente à la visite, très exaltée, riant et pleurant tour à tour. On la magnétise ; on l'électrise. Elle a eu pendant la nuit le cœur serré comme dans un étau. On lui a suggestionné que Mme B... n'était pas sa mère. Tout le prouve d'ailleurs ; elle est si indifférente à son égard : « A quinze ans déjà, nous dit le malade, on m'a suggestionné de tuer ma mère et mes frères. » Pendant huit jours elle ne pouvait rien avaler. Et l'ancienne réticente nous décrit d'un ton indigné ses troubles actifs de la sensibilité générale. Elle a ressenti des fourmillements à la plante des pieds, voire

dans les parties intimes ; ça ne lui plaît pas ; on lui suggère qu'on la viole ; on lui atrophie l'intelligence à l'atelier. « C'est révoltant, poursuit-elle ; ce n'est pas la peine d'être en République. Qu'on remonte l'échafaud ! quelles v... ces gouvernants ! Je ne voudrais pas que le magnétiseur fit faire des bourdes, aux généraux, que Paris fût pris, que la France fût vaincue par le magnétisme. »

Depuis cette crise d'excitation, la malade a repris une attitude tranquille. Passée dans le service de M. Dupain, son humeur est assez mobile. Parfois elle reçoit bien sa mère ; parfois elle est méchante pour elle. Par moments, elle se dit encore magnétisée, privée d'intelligence. Mais elle continue à travailler régulièrement. Nous l'avons interrogée le 22 février dernier. De nouveau elle a conté son enfance avec une bonne grâce souriante mais en glissant toujours sur certains points délicats. A quinze ans, Mlle B... eut un chagrin, dont nous ne saurons pas la nature « pour des bêtises, pour rien du tout, nous dit-elle. J'avais entendu des histoires sanguinaires. Cela m'a effrayée, je suis restée huit jours sans manger ». Sa maladie, d'après elle, consistait en mouvements nerveux involontaires « Je devais avoir une Saint-Guy ». Un jour dans le métro elle a ainsi penché la tête sur un jeune homme et cela l'a beaucoup vexée. Mais au sujet des troubles psychiques, Adrienne B... est plus évasive. Ce sont des phrases vagues « Je me suis égarée... je ne me rappelle pas... j'ai été troublée pendant un moment... C'est tout naturel. Elle nie ses idées délirantes antérieures : « *Quand même j'aurais eu un doute sur ma naissance*, ce n'était pas une raison pour venir ici. » Ce doute même, elle assure ne plus l'avoir. Ses hallucinations,

ses réactions, ses propos passés, tout cela paraît l'étonner profondément « Je n'ai jamais dit ça » certifie-t-elle.

Malgré tout, à quelques phrases caractéristiques comme celle que nous soulignons, on peut soupçonner encore chez notre malade un certain degré de réticence circonscrite. N'était l'histoire antérieure, cette réticence ressemblerait singulièrement à la dissimulation. Il est possible en effet que celle-ci existe aujourd'hui dans une certaine mesure, mais trop polymorphe, trop peu consistante pour dominer la scène. Nous croyons pouvoir ranger Mlle B... dans la classe des dégénérées mentales avec idées de persécution qui présentent par bouffées des réticences de cause, de degré, de caractère variables. Incapable sans doute, de par son instabilité, de dissimuler vraiment, elle paraît être en rémission à l'époque actuelle.

OBSERVATION X

Mlle Emma B..., canneuse de chaises, âgée de trente-neuf ans, est née dans la République-Argentine, à Buenos-Ayres. De l'Hôtel-Dieu, où on la soignait pour anémie, elle passe à l'asile clinique avec le certificat suivant de M. le Dr Chante-messe. « Troubles mentaux caractérisés par des idées délirantes de persécution » et, le 18 décembre 1918, entre à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le Dr Dupain.

Nous la voyons dès son arrivée. Elle se prête sans aucune difficulté à notre examen. Au point de vue somatique, c'est une femme nettement anémique. Téguments et conjonctives sont décolorés. Le pouls mal frappé bat à 72. L'hypoten-

sion est manifeste (10 de maxima et 7 de minima à l'oscillomètre de Pachon). L'auscultation du cœur dénote au foyer aortique un premier bruit relativement faible et un second bruit très brusque et très sec mais non dédoublé. Pas de souffle. L'appareil respiratoire semble indemne.

Mlle B... répond à nos questions. Elle a pleine conscience du temps et nous donne l'année, le mois, le quantième. Son orientation est plus précaire ; elle se croit toujours à Sainte-Anne dans le deuxième pavillon. La malade paraît un peu effrayée et anxieuse. Mais, au sujet de ses idées délirantes, elle ne nous révèle absolument rien : « Je ne sais pourquoi on m'a renvoyée de l'Hôtel-Dieu ; je pense qu'il s'agit d'une erreur ; j'étais très bien avec mes voisins ; je n'ai fait que chanter un peu. »

La malade reste ainsi réticente, par ailleurs assez tranquille, mangeant bien, dormant bien, ne semblant pas hallucinée. Elle travaille régulièrement à la couture. Mais, le 3 mars 1919, sans qu'aucun changement dans son caractère ait pu faire prévoir une telle réaction, elle essaie de s'évader de l'atelier. Interrogée par le médecin chef à la suite de cette tentative, Mlle B... refuse d'en donner les motifs. Sur les faits qui ont amené son internement, elle garde le même silence « Je ne veux pas dire ce qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu ». Remarquons la différence : « Je ne veux pas » au lieu de « Je ne sais pas ». La réticence, toujours circonscrite, est maintenant avouée ; un peu moins étendue d'ailleurs car la malade confesse des troubles cénesthésiques : « On fait battre mon cœur ! » Mais elle refuse de préciser davantage : « C'est un secret, je parlerai devant les personnes. »

Mlle B... ne recevant ni lettres, ni visites, les renseignements détaillés sur son compte demeurent complètement absents. Comme elle a repris son attitude assez tranquille, elle reste longtemps sans attirer notre attention. Travailleuse de quartier, la malade est active, sans réactions anormales, point renfermée dans ses relations avec les autres mais ne trahissant rien de plus au sujet de son délire.

Un an après, en mars 1920, nous croyons la trouver moins calme et nous la faisons venir au bureau pour tenter un examen. A notre vif étonnement, elle nous conte son histoire avec infiniment plus de détails que le premier jour.

Emma B..., née à Buenos-Ayres fut conduite en France par son père à l'âge de quatre ans et depuis lors élevée par une tante habitant Saint-G... Ses parents sont morts ensuite en Argentine de sorte que la malade ne les a guère connus. Elle est allée très irrégulièrement à l'école et ne dut point y briller. Ses notions scolaires sont des plus restreintes; elle sait à peine lire et écrire et ignore sa table de multiplication. D'ailleurs, à treize ans, Mlle B... quitte Saint-G... et vient à Paris où elle travaille au cannage de chaises. Elle habitait chez un oncle, lequel vivait en ménage. Quand la maîtresse de celui-ci mourut, la malade avoue qu'elle lui succéda; elle avait alors vingt-huit ans et l'oncle cinquante-six. Voilà dix ans qu'il est mort à son tour. Emma semble s'être acquittée avec zèle sinon fidélité de ses fonctions délicates. Elle travaillait, était bien portante et n'accuse à ce moment aucun trouble notable de la santé. Cependant au début de la guerre elle se surmena. C'est à cette cause tout au moins que Mlle B... attribue les ménorrhagies abondantes dont elle souffrit alors et qui l'anémièrent au point de nécessiter son entrée à l'Hôtel-Dieu en septembre 1917.

Ici nous entrons dans l'histoire du délire et les réponses de la malade sont parfois plus vagues, plus imprécises à nos questions. Une dame, sa voisine de lit sans doute, eut des relations avec elle, par simple transmission de pensée. Elle la touchait au cœur, lui donnant un poids et cette odieuse personne a dit aux infirmières des choses « des choses comme ça ne peuvent se répéter, prétend Mlle B... ; elles sont trop peu convenables ». Et cependant, quelque temps après, quand nous n'interrogeons plus, la malade les dévoile : « Tenez ? voulez-vous savoir ce qu'elle a dit : Vous ne savez pas faire l'amour, vous autres. Elle a voulu faire l'amour avec moi (toujours par transmission). »

A l'Hôtel-Dieu, Mlle B... avait les jambes enflées ; on lui fit une prise de sang dont nous ignorons le résultat. Tout cela lui paraît anormal. Elle n'en veut pas néanmoins à l'auteur de ses maux. « C'était une vieille dame estropiée. Ce n'est pas la peine de lui faire du mal ; cela serait une injustice. Est-ce de sa faute si elle a la transmission ? »

— Mais ici, faisons-nous, il n'y a pas de transmission ?

— Ici ? Ah ! répond Mlle B... avec un sourire qui en dit long. Non, tout le monde est très bon. Il y en a une qui est encore meilleure.

Et comme nous feignons de la prendre au sérieux :

— Vous ne comprenez pas ma manière.

— C'est de l'ironie ?

— Bien sûr.

Elle se plaint « qu'on se fiche de sa tête ». C'est toujours elle qui marche pour le travail.

— Et la nuit ? questionnons-nous.

— Oh qu'est-ce que vous voulez ? Des fois je dors, d'autres fois je ne dors pas.

— Mais ce n'est la faute de personne si vous ne dormez pas.

— Non, répond la malade, mais avec une moue qui exprime le contraire.

— Accusez-vous quelqu'un ?

— Oh je n'accuse personne, monsieur.

Mais elle nous explique sa théorie un peu floue des transmissions ; il y a constamment des causeries de tête et nous-mêmes, sans nous en douter, nous y prenons part.

— Quand je vous parle, remarquons-nous, je vous communique évidemment une idée.

— Oui mais par la parole, ce n'est point la même chose. On est libre d'accepter, de discuter. Tandis que la transmission de pensée « c'est le criminel ».

On lui dit aussi : « vache ! charogne ! maquerelle ! » et ce n'est pas une voix connue mais celle de tout le monde. Pour l'instant, toutefois, elle n'entend rien mais c'est probablement parce qu'on nous écoute parler. Les transmissions ont débuté à l'Hôtel-Dieu.

Depuis cette conversation, Mlle B... nous comble de lettres, demandant son vestiaire et sa sortie. Le 15 avril dernier, nous la trouvons fort excitée contre nous : elle nous accuse de l'avoir empêchée de dormir la nuit précédente en lui frappant des coups sur le cœur ainsi que le petit cuisinier (il s'agit d'un malade qui travaille à la cuisine).

— Vous n'êtes pas bon, nous dit-elle. Vous aussi vous avez votre tête à vous. Mais je ne suis pas une imbécile.

Malgré cette animosité, le jour même où nous rédigeons cette observation, une nouvelle lettre de Mlle B... nous attendait au bureau. L'orthographe en est comme toujours

fantaisiste : « M. Dupain a fait une erreur écrit-elle entre autres choses, car le rapport de la personne Emma B... n'a jamais été folle à Sainte-Anne, on nas jamais peu dire cela ni icie ni la bas parceque une folle nas pas lidée de demandé son vestiaire j'aie ma tête à moi et si je ne suis pas tombé folle je nen suis pas la cause parceque avec la transmission de tête cela et bon pour les tête près du bonné mais chez moi non..., etc. Voici autre choses : lorsque je me trouvé à la couture je me suis sauvé bien sur parceque on me la transmie, etc... »

Ici encore, les réticences circonscrites présentent la même mobilité de degré et de consistance que dans les observations précédentes. Elles évoluent sur un terrain analogue de dégénérescence mentale avec des idées de persécution et d'influence.

CHAPITRE VI

Dissimulation des aliénés

Nous rions d'un enfant qui, voulant se cacher, ferme les yeux. Les aliénés réticents dont nous venons d'étudier plusieurs exemples ressemblent singulièrement à cet enfant. Leur tentative, si tentative il y a, est naïve et maladroite. Quel diplomate pour taire un secret d'état dont on l'ignore dépositaire irait se confiner dans le mutisme absolu ? Quel prévenu, interrogé sur un crime où il nie avoir trempé, répondrait aux questions délicates des monosyllabes indistincts ? Quel bookmaker, au courant de chances d'un cheval et questionné à son sujet par un concurrent, s'aviserait de dire : « Silence ! N'en parlons pas ! » Les uns est les autres pour dissimuler adopteraient peut-être des procédés différents ; quoiqu'il en fût, ils viseraient d'abord au naturel, surtout à propos du point en cause. Et leur ligne de conduite une fois adoptée, ils la suivraient jusqu'au bout sans variation, sans bizarrerie et sans caprice. Ces gens auraient d'ailleurs pour se taire un motif généralement simple autant que

défini : paraître innocent, gagner de l'argent, réussir une affaire. Tous caractères dont les phénomènes présentés par nos malades différeraient totalement.

Nous verrons au prochain chapitre comme quoi les réticences exposées plus haut s'éloignent dans la plupart de leurs éléments des réticences normales. Nous voyons déjà ici qu'elles ressemblent encore bien moins à la dissimulation. Mais une question se pose. Cette dissimulation, nécessitant de par sa nature une intégrité parfaite de la volonté et du jugement, est-elle possible chez les aliénés, chez des individus en déficit mental ? Voilà longtemps que les auteurs y ont répondu. Oui elle est possible, elle existe mais seulement dans certaines circonstances.

Car — notons bien cette différence — si la réticence habituelle des psychopathes est le plus souvent un symptôme pathologique, leur dissimulation est toujours un phénomène psychologique explicable. Loin de pouvoir servir de signe à telle anomalie du substratum intellectuel, elle indique la conservation d'un groupe de facultés dans ce substratum. Il y a entre l'une et l'autre la même distinction qu'en neurologie entre le clonus du pied par exemple et la flexion plantaire. Et la dissimulation des aliénés s'identifiera souvent trait pour trait avec celle des sujets normaux.

Son intérêt est grand aux points de vue médico-légal et pratique. A ce titre elle devrait être et fut en effet fort étudiée. La question se pose tous les jours

de savoir si un persécuté, ayant présenté des réactions violentes et se prétendant guéri, sans arrière-pensée, doit être rendu à la vie sociale. Malgré la judicieuse prudence des aliénistes et les précautions dont ils s'entourent, que d'erreurs fatales ont été commises ! Ce sont par exemple deux observations rapportées dans la thèse de M. Pasquet : une de Marendon de Montyel d'un malade qui, dès sa sortie, tue sa mère à coups de hache, l'autre de V. Parant d'une épouse éventrée et coupée en morceaux dans les mêmes circonstances. La liste serait longue si on les cherchait toutes. Mais nous faisons ici un travail uniquement clinique et la dissimulation à ce point de vue ne nous intéresse que pour l'isoler. Nous serons assez brefs sur son compte.

Elle nécessite, avons-nous vu, l'intégrité d'un groupe de facultés nécessaires, en particulier la volonté et le jugement. Elle ne pourra donc se rencontrer hors des états psychopathiques laissant ces facultés indemnes. Pour ce fait nous sommes en désaccord avec M. Pasquet ainsi qu'avec MM. de Moor et Duchateau qui l'admettent très souvent dans la dégénérescence mentale et les psychoses des dégénérés. Nous ne croyons point qu'il s'agisse là en général de dissimulation véritable ; les observations communiquées nous en persuadent d'ailleurs. Ce sont d'habitude des simples réticences, peu durables, peu fixes, peu consistantes. Réticences aussi les phénomènes décrits dans le délire d'interprétation de MM. Sérieux et Capgras par ces auteurs eux-

mêmes et dont ils donnent les caractères : période d'excitation avec loquacité puis sous entendus, demi-mutisme. Réticences, les silences partiels et variables des vrais persécutés persécuteurs. Pour le reste, nous admettrons avec les auteurs cités plus haut que seront capables de dissimuler : certains impulsifs à instincts anormaux très systématisés : pyromanes, kleptomanes, dipsomanes, perversis sexuels, si par ailleurs leurs facultés morales et volontaires sont indemnes qui cacheront ces instincts par une explicable pudeur; alcooliques et toxicomanes, ajouterons-nous en agissent de même au sujet de leur vice pour la même raison, épileptiques au sujet de leurs crises. Des mélancoliques non stupides pourront cacher leurs idées de suicide afin de les réaliser. Enfin chez les délirants chroniques de Magnan pendant les périodes de rémission, le malade trouvera souvent la force et la constance de ne point révéler ses troubles dans l'espoir de la liberté. Mais, nous le répétons, pour que la dissimulation soit possible dans ces états divers, il faut que reste indemne un ensemble de facultés. Le débile qui manque de jugement le dégénéré aboulique ne sauraient y parvenir.

Ainsi limité, le phénomène présente des caractères différentiels très frappants : brusquerie du début (détermination prise) comme le remarquent judicieusement MM. Séglas et Barbé à propos de leur réticent qui est un dissimulé ; fixité ; unimorphisme, simplicité habituelle de la cause si on peut la découvrir. Seul, le contenu est parfois illogique et

l'on doit à ce point de vue établir deux classes dans le phénomène : l'une où le silence porte sur un fait réel, l'autre où il embrasse des idées délirantes : de grandeur, de haine, de vengeance. Même dans ce cas, le dissimulé diffère du réticent circonscrit ordinaire. Ce dernier peut cacher ses troubles sensoriels mais il laisse au moins entendre qu'il les cache et ce n'est point pour paraître normal. Le premier a saisi la conception que le médecin se fait de l'aliénation mentale et s'efforce de nier tous les signes qui entrent dans cette conception. A part ce point, la dissimulation de l'aliéné serait exactement la même que celle de l'homme raisonnable.

Mais rien n'est absolu. Et c'est fort heureux. Car le diagnostic qui deviendrait ici impossible s'éclaire à certains faux pas, à certaines défaillances des malades dont nous parlons. C'est un écrit, une parole échappée qui révèlent contre leur gré le point dont ils font mystère. Il n'est pas besoin de recourir aux épreuves si compliquées préconisées par Max Wertheimer pour établir expérimentalement qu'un individu a connaissance de certains faits, indépendamment d'aveux de sa part. Il arrive aussi que les erreurs et les maladresses soient tellement nombreuses que la dissimulation, si différente de la réticence habituelle des aliénés, s'en rapproche singulièrement et nous devons avouer ces cas frontières dont l'étiquetage sera parfois bien malaisé.

Finissons ce chapitre en résumant par opposition avec nos observations précédentes un exemple de

dissimulation vraie chez une délirante chronique de Magnan.

OBSERVATION XI (Résumée)

Mlle Ernestine D... est entrée à l'asile de Vaucluse le 8 décembre 1917 à la suite d'un placement volontaire. « Délire systématisé de persécution, pouvait déjà diagnostiquer M. le Dr Vigouroux dans le certificat de quinzaine ; hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Accuse Mme F..., son ancienne concierge, de l'avoir envoûtée, de la torturer par l'électricité, de lui parler sans cesse par l'estomac ou par les oreilles, lui donnant des ordres, lui faisant d'horribles menaces, etc... Le délire remonterait à plus de cinq années »

Il serait difficile de trouver une malade plus hallucinée et moins réticente que Mlle D... Le visage d'une mobilité surprenante, elle mime sa persécutrice avec force contorsions. Celle-ci, comme nous l'indiquent les lignes précédentes est bien son ancienne concierge, vieille dame de quatre-vingt-neuf ans, aidée par sa fille dans ses criminelles manœuvres. Avant de connaître ces personnes, Ernestine D... vivait presque heureuse. Elle avait quitté sa famille à vingt ans pour se mettre en ménage avec un artiste peintre. Elle en eut trois enfants qui moururent jeunes : l'un de bacilllose intestinale, un autre de diphtérie, le troisième d'une affection indéterminée. A vingt-cinq ans, on ne peut savoir dans quelles conditions précises, la malade subit l'opération de l'ovariotomie. Elle menait une existence régulière et pai-

sible, même quand son amant l'eut abandonnée. D'ailleurs, du propre aveu de Mlle D..., elle n'éprouvait aucun désir sexuel et avait le dégoût des hommes. Son seul rêve était vers la cinquantaine de trouver un bon vieux qui l'épouserait. Elle habitait depuis neuf ans une chambre à Vincennes. Un jour, sa concierge lui demanda pourquoi elle restait seule et sans ami ; indignée, notre malade la renvoya. Mais dès lors, cette femme la menace à travers la cloison ; elle l'a envoûtée. D'abord ce furent des phrases insensées, constamment transmises : la nuit : « Tu n'auras plus de travail ! Tu ne pourras plus vivre ! » dans la rue : « Jette-toi sous le tramway ! Va t'acheter de la strychnine ! » au restaurant : « Où est ton bon bifteack ? Tu ne prends pas ton café ! Tu n'auras plus de belles formes ! » puis vinrent des manœuvres magnétiques de toute sorte. L'affreuse concierge la tient en catalepsie, l'empêche de lire, lui fait voir des monstres de vieilles femmes dans une circonférence, mélange sa respiration à la sienne, lui chauffe le ventre ou les parties sexuelles, met son derrière sur sa bouche, lui fait manger du rat ou du mou cru, la réveille en lui brûlant la plante des pieds. Il faut entendre Mlle D... exposer ses hallucinations si variées : auditives, olfactives, gustatives, visuelles, psycho-motrices, génitales. Ces dernières surtout sont particulièrement actives. Car autrefois la concierge opérait d'une manière délicate, promenant sa victime dans un jardin, un paradis charmant, lui chantant les stances de Flégier : « Quelquefois en fermant les yeux... » ; maintenant, dit la malade, c'est la cochonnerie tout du long. Et elle décrit les procédés de l'envoûteuse avec un luxe de détails dont serait incapable le plus licencieux des romanciers du XVIII^e siècle. « Je l'entends, » fait-elle, tandis

que nous l'interrogeons, et scandant ses mots, la tête penchée, la figure grimaçante, Mlle D... nous répète : Elle me dit : « Je n'ai peur de rien même de ce monsieur qui a l'air fort courtois ; je fais cuire des pruneaux. Les sens-tu, les pruneaux ? » Pendant des heures entières, si on ne l'arrêtait point, non sans peine encore, la malade exposerait son délire avec la même loquacité et la même mimique expressive. Au bout d'un an, elle demeure telle, travaillant néanmoins à l'atelier de couture mais sitôt sur le chapitre de sa concierge redevenant intarissable.

Et *brusquement*, le jour de l'armistice 11 novembre 1918 sans cause apparente, la malade se prétend guérie. Elle n'entend plus rien, ne sent plus rien. M. Vigouroux décédé, Mlle D... passait bientôt dans le service de M. Dupain. Celui-ci la vit toujours tranquille, bonne travailleuse, ne semblant pas hallucinée, assurant que tous ses troubles se sont dissipés. Un examen approfondi le 6 février 1919, ne peut rien déceler d'anormal chez l'ancienne envoûtée. Comme elle est placée volontairement, n'a présenté aucune réaction fâcheuse et comme d'autre part une amie la réclame avec instance en s'engageant à la surveiller, notre malade lui est rendue non sans l'avertissement d'une rechute possible. Le jour de sa sortie, Mlle D... frappe à la porte de ses persécutrices. « La fille vint m'ouvrir, dit-elle, un lumignon à la main. La mère était au fond de la pièce, assise sur un fauteuil. — « Je viens voir ce qui se passe ici ; m'écriai-je et vous le savez bien. » — « Je ne vous connais pas fit l'effrontée ! » Notre malade, répugnant au scandale, malgré toute sa rancœur, s'enfuit sans franchir le seuil. Mais elle promit de revenir le lendemain avec le Dr X... Dans la rue elle recom-

mence à être torturée. Son amie, manquant à ses promesses ne pouvait la loger. Elle avait peu d'argent. Les hôtels étaient combles. Et l'envoûteuse ne lâchait plus son estomac. A bout de ressources, Mlle D... s'en fut demander un refuge au commissariat, y montra ses papiers et sans doute conta ses misères. Réintégrée aussitôt, elle a repris son état antérieur, sa mimique expressive et se plaint constamment des mêmes hallucinations d'une incroyable richesse. Nous l'avons questionnée sur les causes de sa longue dissimulation « Le jour de l'armistice, avoue-t-elle, la vieille m'a chanté la *Marseillaise* et m'a dit : Maintenant, je te laisse sortir. Bien que n'en disant rien, je la sentais toujours mais beaucoup moins cependant. Aujourd'hui, c'est épouvantable... » Et notre malade continue son récit avec l'étonnante loquacité que nous lui savions.

Il s'agit donc bien d'un cas de dissimulation dans le but d'obtenir la liberté, survenant pendant une période de rémission du délire chronique.

CHAPITRE VII

Valeur diagnostique de la réticence

A part certains cas possibles de réticences normales, à part la dissimulation vraie qui d'après nous n'a rien d'illogique, du moins dans sa forme, la réticence, telle qu'on la rencontre d'ordinaire chez les aliénés, reflète l'état mental du sujet et se trouve discordante, inexplicable par un ou plusieurs de ses éléments.

La genèse le plus souvent en est spéciale. Au lieu de débiter brusquement, à la suite d'une détermination prise, conséquence d'un débat intérieur, elle s'installe par une marche progressive, plus ou moins rapide.

Il est presque de règle de voir au début une période de loquacité et d'excitation, la réticence initiale dès le premier examen semblant exceptionnelle.

La cause, souvent avouée, est variable et complexe. Ce peut être une sorte de honte, d'inexprimable pudeur qui retient l'aveu de phénomènes hallucinatoires dont le malade pressent l'étrangeté,

de sa vie intérieure où il se concentre. Ce peut être un ordre donné par « les voix ». Ce peut être la crainte de l'ironie et de l'incompréhension. Ce peut être la méfiance, l'orgueil ou le dédain. Ce peut être la persuasion que le médecin sait parfaitement ce qu'il demande, que ses questions sont ridicules. Mais la plupart du temps, ces éléments déjà vagues s'unissent en un ensemble si touffu que, le voudrait-il, le réticent lui-même arriverait mal à l'exprimer. Les motifs de se taire sont devenus plus sentis que raisonnés. Il s'est fait comme une religion du silence.

Mais, soit par la variabilité au jour le jour de ces raisons intimes, soit par les défaillances de leur foi ou de leur courage, dans la pratique d'une telle religion nos malades sont bien peu fermes. Il leur arrive de l'oublier complètement. Ou, s'ils ne l'oublient pas, ils se relâchent de sa rigueur. Quelquefois enfin, l'intensité de leurs sentiments : douleur, colère ou haine, devient telle qu'elle brise spontanément les digues de leur mutisme. Les réticences des aliénés sont donc en général polymorphes et changeantes.

Ainsi comprises, on nous accordera qu'elles constituent un syndrome psychique assez caractérisé, assez fréquent, assez étrange et méritant d'être approfondi : Mais pour le mettre en valeur, il faut l'isoler complètement de la réticence normale, indépendante de la psychose, et de la dissimulation. Le dissimulé, avons-nous vu, a saisi notre conception

de l'aliéné et s'efforce de retenir tous les aveux qui le feraient passer pour tel. Mais le diagnostic, facile dans les cas typiques, l'est beaucoup moins dans certains autres mal définis, en cas de maladresse par exemple de la part du malade.

Néanmoins, nous aurons le droit de dire : « Réticences », en spécifiant toujours autant que possible ses qualités diverses, quand le silence présentera l'un au moins des caractères suivants : 1° mutisme absolu ou presque absolu, les autres causes de mutisme une fois éliminées ; 2° début graduel ; 3° variabilité, polymorphisme, faible consistance ; 4° motifs paraissant complexes et mal définis.

Une telle conception range parmi les dissimulés les délirants chroniques du type Magnan dans toutes les périodes de la psychose où l'on signale le silence circonscrit. Cette dissimulation est de cause diverse selon les périodes comme le remarque M. le Dr Lachaux à propos des idées de grandeur chez ces malades.

Restent donc les réticences telles que nous les ont montrées nos observations. Dans la plupart de ces cas, il s'agissait d'un terrain reconnu de dégénérescence mentale. Dans d'autres, ce terrain était au moins probable. Aussi paraîtra-t-il naturel que MM. Sérieux et Capgras aient signalé la réticence comme si fréquente dans leur délire d'interprétation « qu'elle a presque la valeur d'un symptôme ». Notre travail est trop limité et porte sur un champ trop restreint pour que nous en osions tirer une affirmation pérem-

toire. Mais il nous semble que cette valeur symptomatique, le phénomène si particulier dont nous avons traité la possède véritablement et dans un sens beaucoup plus large. Observé chez un malade, il contribuerait, en cas d'hésitation pour le délire chronique type Magnan ou la mélancolie pure par exemple, à faire pencher de préférence le diagnostic vers une psychose polymorphe et atypique de dégénéré. Nous croyons qu'il existe une prédisposition spéciale : caprice méfiance, orgueil du caractère ayant avec la réticence les mêmes rapports que le scrupule avec l'obsession, que certains individus, marqués au coin de cette tendance, sont plus exposés, sous l'influence des causes déterminantes diverses, à faire des maladies mentales, que ces maladies mentales seront chez eux particulières avec un silence plus ou moins complet, variable, de cause mal définie, tantôt généralisé, tantôt partiel.

CONCLUSIONS

1° Pour la clarté et l'intelligence des certificats d'aliénistes, pour l'unité d'interprétation de ces certificats ou des observations, il paraît nécessaire de préciser le sens du mot « Réticence » qu'on y voit souvent employé ;

2° Il faut particulièrement le différencier du mot « Dissimulation » car les deux termes sont le plus souvent employés l'un pour l'autre et parfois à tort. Leur synonymie n'est qu'apparente.

3° La dissimulation est une forme spéciale de la réticence. C'est l'art de ne point laisser paraître une omission volontaire. Ses éléments constitutifs, sinon toujours sa cause, n'ont rien d'illogique ni de discordant. Elle peut néanmoins exister chez les aliénés mais seulement dans certaines circonstances. Ce n'est pas un signe de leur psychose mais l'indice au contraire de l'intégrité d'un groupe de facultés au sein du substratum intellectuel. Sa valeur est grande au point de vue juridique et médico-légal. Au point de vue diagnostic, elle est beaucoup moindre ;

4° La réticence des aliénés au contraire est le plus souvent illogique. Elle n'a pas le début brusque après détermination prise de la dissimulation mais un

établissement graduel plus ou moins rapide souvent précédé par une période de loquacité. Elle n'a pas d'ordinaire une cause précise et bien définie mais un ensemble complexe de motifs, avoués ou non, et généralement assez vagues. Elle n'est point fixe et continue dans ses manifestations mais bien plutôt polymorphe et changeante.

5° Il est donc nécessaire, en signalant la réticence dans un certificat ou une observation, de bien spécifier ses caractères : de degré d'abord puis de continuité et de consistance. Il faut préciser si le malade avoue ou n'avoue pas se taire volontairement ;

6° Si le silence venait à disparaître totalement ou en partie ou même chez tout aliéné frais et loquace, le médecin devrait noter avec soin tous les éléments du délire. On serait ainsi renseigné en cas de réticence ultérieure.

7° La réticence des aliénés, isolée de la réticence normale et de la dissimulation, prend l'aspect d'un ensemble symptomatique, d'un véritable syndrome. Elle nous paraît germer sur un terrain de prédisposition spéciale et se rencontrer surtout dans les psychoses des dégénérés.

Vu : le Président de la thèse,

MÉNÉTRIER

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Barbé et Séglas.* — Un aliéné réticent (« Encéphale », 1907).
- Chaslin.* — Eléments de Séméiologie et Clinique mentales.
- Hartenberg.* — Les timides et la timidité.
- Lachaux (G.).* — La dissimulation des idées de grandeur chez les persécutés. Thèse de Paris, 1893.
- Magnan et Sérieux.* — Le délire chronique à évolution systématique.
- De Moor et Duchateau.* — Les aliénés dissimulateurs (Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique, 1906).
- Pasquet.* — Les aliénés dissimulateurs. Thèse de Paris, 1898.
- Paulhan.* — Les mensonges du caractère.
- Piderit (A.).* — La mimique et la physiognomonie.
- Régis (E.).* — Précis de psychiatrie (édition 1914).
- Ritti (A.).* — Délire de persécution (in Dictionnaire De-chambre).
- Sérieux et Capgras.* — Les folies raisonnantes : Le délire d'interprétation.
- Stendhal.* — De l'amour.
- Taine.* — De l'Intelligence.
- Wertheimer (Max).* — Recherches expérimentales pour dépister la dissimulation (Archiv. für die gesamte Psychologie. Prague, 1905).

